

Susanne Niemz

Evaluation
sozialtherapeutischer Behandlung
im Justizvollzug

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

Band 68

Der vorliegende Band berichtet über eine vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Auftrag gegebene länderübergreifende Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug. In Fortführung eines Vorgängerprojekts, über dessen Ergebnisse 2009 ein Forschungsbericht von Melanie Spöhr vorgelegt wurde, werden die in den Bundesländern laufenden Evaluationsprojekte zur sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern systematisch erfasst und kontinuierlich begleitet. Die in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen durchgeführten Behandlungskonzepte werden vergleichend dargestellt und bewertet. Über das Vorgängerprojekt hinaus werden auch Gewaltstraftäter in die Untersuchung einbezogen. Datengrundlage sind sowohl quantitative Einrichtungsbefragungen als auch ergänzend-vertiefende qualitative Befragungen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen sowie deren Behandlungskonzepte.

Die Praxis der sozialtherapeutischen Einrichtungen, deren Zahl in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist, hat sich auch inhaltlich erheblich verändert. Die Strafvollzugsgesetze der Länder sehen Sozialtherapie nicht mehr vorrangig für Sexualstraftäter vor. Darüber hinaus hat die Bedeutung der Sozialtherapie im Bereich der Sicherungsverwahrung und ihrer Vermeidung stark zugenommen. Die mehrjährige Forschungsarbeit, über die hier berichtet wird, ist auch Ausdruck solcher Umbrüche im Justizvollzug.

ISBN 978-3-945037-07-2

€ 27,—

Niemz

Evaluation sozialtherapeutischer
Behandlung im Justizvollzug

Kriminologie und Praxis (KUP)

Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ)

Herausgegeben von Martin Rettenberger und Axel Dessecker

Band 68

**Evaluation
sozialtherapeutischer
Behandlung im Justizvollzug**

von

Susanne Niemz

Wiesbaden 2015

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.

Gefördert durch:



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz

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 978-3-945037-07-2

Für B. H. N.

Vorwort

Schwere Sexual- und Gewaltstraftaten werden von den Medien und dadurch in der Öffentlichkeit besonders aufmerksam wahrgenommen. Sie lösen über alle Bevölkerungsschichten hinweg großes Entsetzen aus, das häufig genug zu Forderungen nach Strafverschärfung führt und damit auch politische Auseinandersetzungen bewirkt. Die Aufgabe der Strafjustiz ist es nicht nur, solche Taten aufzuklären und zu ahnden, sondern sie auch zu verhindern. Eine Möglichkeit der (Spezial-)Prävention stellt die Therapie verurteilter Straftäter in besonderen Einrichtungen des Strafvollzugs (sog. sozialtherapeutischen Anstalten bzw. Abteilungen (SothA)) dar, mit dem erklärten Ziel, Rückfälle zu verhindern.

Die Kriminologische Zentralstelle e.V. (KrimZ) als Forschungs- und Dokumentationseinrichtung des Bundes und der Länder führt seit 1997 im Auftrag ihrer Mitglieder eine regelmäßige Stichtagserhebung in sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen des Justizvollzuges in der Bundesrepublik Deutschland durch. Ziel dieser Umfrage war und ist die Erfassung zentraler Eckdaten der Sozialtherapie im Justizvollzug, um deren Stand und Entwicklung dokumentieren zu können. Diese Erhebung erhielt eine besondere Bedeutung durch die Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26. Januar 1998 sowie durch die am 1. September 2006 in Kraft getretene Föderalismusreform, seit der die Länder nunmehr eigene Strafvollzugsgesetze schaffen können. Somit liegt auch der gesetzliche Rahmen für die Regelung der Sozialtherapie in den Händen der Länder.

Nicht zuletzt durch die einschlägigen wissenschaftlichen Qualifikationsarbeiten (Dissertation 1979 zu Sozialtherapie und Strafvollzug sowie Habilitationsschrift 1984 zu Straffälligkeit und Sozialtherapie) des – nunmehr ehemaligen – Leiters der KrimZ (1986-1997 stellvertretender Direktor, 1997-2014 Direktor), Herrn Professor Dr. Rudolf Egg, bildet die Straftäterbehandlung einen wichtigen Forschungsschwerpunkt der KrimZ seit deren Gründung im Jahr 1986.

VIII

Ziel der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Auftrag gegebenen länderübergreifenden „Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug“ war – in Fortführung des Vorgängerprojekts (09/2004 bis 03/2008; vgl. Spöhr 2009) – eine systematische Erfassung der in den Bundesländern laufenden Evaluationsprojekte zur sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug sowie deren kontinuierliche Begleitung sowie die vergleichende Darstellung und Bewertung der in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen durchgeführten Behandlungskonzepte.

Prinzipiell verfolgte das hier vorgelegte Forschungsvorhaben die gleichen Ziele wie sein Vorgängerprojekt, wobei neben Sexualstraftätern explizit auch Gewaltstraftäter in die Untersuchung einbezogen wurden und neben quantitativen zusätzlich auch qualitative Erhebungsmethoden Anwendung fanden. Datengrundlage waren sowohl quantitative Einrichtungsbefragungen als auch ergänzend-vertiefende qualitative Befragungen in den Sozialtherapien sowie eine umfassende Analyse ihrer Behandlungskonzepte.

Allein an der Anzahl der jährlich im Rahmen der Stichtagserhebung zu erfassenden sozialtherapeutischen Einrichtungen lässt sich die erhebliche Veränderung des Forschungsgegenstandes schon auf struktureller Ebene nachverfolgen. Neben diesen quantitativen Veränderungen waren nicht zuletzt durch die notwendigen Neuerungen im Bereich der Sicherungsverwahrung durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 4. Mai 2011 (BVerfG, 2 BvR 2365/09) auch inhaltliche Auswirkungen/Anpassungen zu erwarten. Die mehrjährige Forschungsarbeit (01/2011 bis 08/2014) erlaubt es zudem, diese allgemeine Um- bzw. Aufbruchphase im Vollzug abzubilden.

Zugleich konnte im Zuge des Forschungsvorhabens der Dialog zwischen wissenschaftlicher Forschung und Praxis weiter ausgebaut und vertieft werden, sei es auf den im Abstand von zwei Jahren stattfindenden SothA-Fachtagungen, bei den Sitzungen des Arbeitskreises „Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V.“ oder in speziellen Expertenrunden und Workshops.

Mein besonderer Dank bei der hier vorgelegten Studie gilt meinen Interviewpartnern aus den verschiedenen sozialtherapeutischen Einrichtungen Deutschlands, die sich trotz hoher Arbeitsbelastung unserem Thema mit Engagement gewidmet haben und mir auch über die persönlichen Besuche hinaus verbunden geblieben sind. Ohne sie wäre dieses Buch nicht möglich

gewesen. Möge es ihnen Mut und Kraft geben, die mühevollen (Therapie-) Arbeit trotz oftmals schwieriger Bedingungsstrukturen – sowohl außen als auch innen – fortzusetzen, ganz im Sinne eines „Wer, wenn nicht wir (als Team)?“

Durchgeführt wurde die Untersuchung an der KrimZ. Während der gesamten Projektlaufzeit konnte ich mich sowohl fachlich als auch menschlich auf Rudolf Egg, Axel Dessecker und das übrige KrimZ-Team verlassen. Darum freut es mich, dass der Abschlussbericht in der hauseigenen Schriftenreihe „Kriminologie und Praxis“ erscheinen kann. Mein Dank gilt zudem allen Mitarbeitern sowie studentischen Hilfskräften der KrimZ, die in den verschiedenen Stadien der Arbeit an ihrer Entstehung beteiligt waren. Stellvertretend möchte ich Jutta Elz und Phoebe Kürzer hervorheben.

Das Erscheinen dieses Bandes bedeutet für mich nicht nur das Ende meiner Arbeit für die KrimZ, sondern auch meiner formellen Anbindung an Wiesbaden. Umso mehr freue ich mich, dass sich, bedingt durch meine Tätigkeit beim Kriminologischen Dienst des Landes Brandenburg, immer wieder inhaltliche Anknüpfungspunkte finden und finden werden, die mich auch über die Landesgrenzen hinweg mit meinen (ehemaligen) Kollegen verbinden.

Potsdam im Februar 2015

Susanne Niemz

Inhalt

Vorwort	VII
A. Die Rechtsgrundlagen für die Entwicklung der Sozialtherapie	1
A.1 Strafvollzug für Erwachsene	5
A.2 Sozialtherapie im Jugendvollzug	14
A.3 (Sozial-)Therapie für Sicherungsverwahrte	17
A.4 Zusammenfassung	21
B. Was ist Sozialtherapie? Ziele und Prinzipien wirksamer sozialtherapeutischer Behandlung	24
C. Methodische Überlegungen	31
C.1 Die Behandlung(skonzepte) in der Sozialtherapie	31
C.2 (Leitfadengestützte) Interviews mit den Bediensteten	33
C.2.1 Interviewthemen und Leitfaden	33
C.2.2 Auswahl der untersuchten Einrichtungen	34
C.2.3 Durchführung und Auswertung der Interviews	35
C.3 Ergänzung der jährlichen Stichtagserhebung der Kriminologischen Zentralstelle um spezifische Zusatzfragen	37
D. Die sozialtherapeutische Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern	38
D.1 Das Aufnahmeverfahren	38
D.2 Phasen des SothA-Aufenthalts	55
D.3 Unterschiede zum Normalvollzug: Rechte und Pflichten sowie Freiräume der SothA-Gefangenen	65
D.4 Integrative Sozialtherapie: Behandlungsausrichtung und -programme	70
D.5 Lockerungsverfahren und Außenkontakte der Insassen	82
D.6 (Aus-)Bildung, Arbeit/Beschäftigung, Freizeit	90
D.7 Entlassungsverfahren und Nachsorge	94

E. Rahmenbedingungen der sozialtherapeutischen Einrichtungen	105
E.1 Räumliche Bedingungen	105
E.2 Das Verhältnis zur Gesamtanstalt und der Stellenwert der SothA	109
<i>E.2.1 Tagesablauf</i>	110
<i>E.2.2 Ressourcen als Ausdruck des Stellenwerts der Sozialtherapie</i>	112
E.3 Personal	116
<i>E.3.1 Betreuungsverhältnis, (Weiter-)Qualifikation und Beteiligung</i>	116
<i>E.3.2 Therapeutisches Klima</i>	125
F. Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug ...	131
F.1 Deutscher Forschungsstand	131
F.2 Internationaler Forschungsstand	142
F.3 Probleme der Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung	149
G. Literatur	155
H. Anhang	171
H.1 Auswertungsschemata der Behandlungskonzepte	171
H.2 Zusatzfragen zur KrimZ-Stichtagserhebung am 31.03.2011	177
H.3 Zusatzfragen zur KrimZ-Stichtagserhebung am 31.03.2012	181
H.4 Untersuchungsdesigns der (Evaluations-)Projekte	185
H.5 Leitfadentwurf	224
H.6 Transkriptionsregeln	227
H.7 Testabkürzungen	228
H.8 Behandlungsprogrammabkürzungen	231

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Entwicklung der Sozialtherapie 1969 bis 2013	2
Abb. 2:	Entwicklung der Haftplatzkapazitäten und der Belegungssituation in der Sozialtherapie 1997 bis 2013	3
Abb. 3:	Entlassungen aus den sozialtherapeutischen Einrichtungen 2001 bis 2013	5
Abb. 4:	Anteil der sozialtherapeutischen Haftplätze (länderbezogen) zum 31.03.2013	22
Abb. 5:	Grundhaltungen in Arbeitsbeziehungen	27
Abb. 6:	Prüfung der Verlegung in die sozialtherapeutische Einrichtung (Zusatz 2011)	39
Abb. 7:	Das Einweisungsverfahren	43
Abb. 8:	Kriterien der Zuordnung eines Gefangenen zur Wohngruppe (Zusatz 2011)	59
Abb. 9:	Übersicht über die Abgänge aus den sozialtherapeutischen Einrichtungen 1997 bis 2013	61
Abb. 10:	Phasen des SothA-Aufenthalts	64
Abb. 11:	Gruppenbehandlungsprogramme in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Zusatz 2011)	74
Abb. 12:	Gruppenbehandlungsprogramme nach inhaltlichen Gesichtspunkten (2011)	76
Abb. 13:	Systematisierung der verschiedenen Stufen im Lockerungsverfahren	88
Abb. 14:	Untersuchungsdesign der Evaluation der SothA Halle	135
Abb. 15:	Untersuchungsdesign der Evaluation der sächsischen Sozialtherapie	136

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Gesetzliche Grundlage der Sozialtherapie in den Ländergesetzen	8
Tab. 2:	Übersicht über die verfügbaren Haftplätze für Jugendstrafgefangene in der Sozialtherapie zum 31.03.2013	16
Tab. 3:	Situation der (sozialtherapeutischen) Haftplatzkapazitäten und der tatsächlichen Belegung (länderbezogen) zum 31.03.2013	23
Tab. 4:	Übersicht über die besuchten Einrichtungen 2011/2012	35
Tab. 5:	Länder mit zentralen Einweisungsabteilungen und deren Zuständigkeiten für Männer	41
Tab. 6:	Anzahl der Aufnahme- und Ausschlusskriterien (Konzepte 2011)	47
Tab. 7:	Art der an der jeweiligen Diagnostik beteiligte Personengruppen (Zusatz 2011)	50
Tab. 8:	Wann werden welche (Prognose-)Instrumente herangezogen? (Zusatz 2011)	52
Tab. 9:	Verwendete Instrumente zur Diagnostik der (dynamischen) Risikomerkmale bzw. der Behandlungsziele (Zusatz 2012)	54
Tab. 10:	Indikatoren zum Ablauf der Behandlung in der Sozialtherapie (Konzepte 2011)	57
Tab. 11:	Freiräume der sozialtherapeutischen Gefangenen 2012 (im Vergleich zum Normalvollzug)	68
Tab. 12:	Systematisierung der Behandlungsschwerpunkte	73
Tab. 13:	Gruppenbehandlungsprogramme in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Zusatz 2011)	75
Tab. 14:	Anzahl der Einrichtungen mit spezifischen Gruppenbehandlungsprogrammen (Konzepte 2011)	77
Tab. 15:	Übersicht über den Umfang der wöchentlichen Einzel- und Gruppenstunden (Zusatz 2012)	80

Tab. 16: Übersicht über die durchschnittliche Anzahl der Angebote in verschiedenen Bereichen in den Bundesländern (Konzepte 2011)	92
Tab. 17: Übersicht über die Beschäftigungssituation zum Stichtag 2012	94
Tab. 18: Übersicht über die Entlassungs- und Nachsorge- maßnahmen (Konzepte 2011)	95
Tab. 19: Räumliche Trennung (Konzepte 2011)	106
Tab. 20: Übersicht über die Betreuungsrelation (Konzepte 2011)	117
Tab. 21: Übersicht über die Konferenzen auf der Grundlage der Konzepte 2011	122
Tab. 22: Aufgabenbereiche der Berufsgruppen (Sortierung nach größtmöglicher Beteiligung)	123
Tab. 23: Projekte Justizinterner	132
Tab. 24: Projekte Justizexterner	133
Tab. 25: Ausgewählte deutsche Studien zur Evaluation der Sozialtherapie	140
Tab. 26: Übersicht über ausgewählte Meta-Analysen ab dem Jahr 2000	144
Tab. 27: Pro- und Contra-Argumente für bzw. gegen RCTs	148

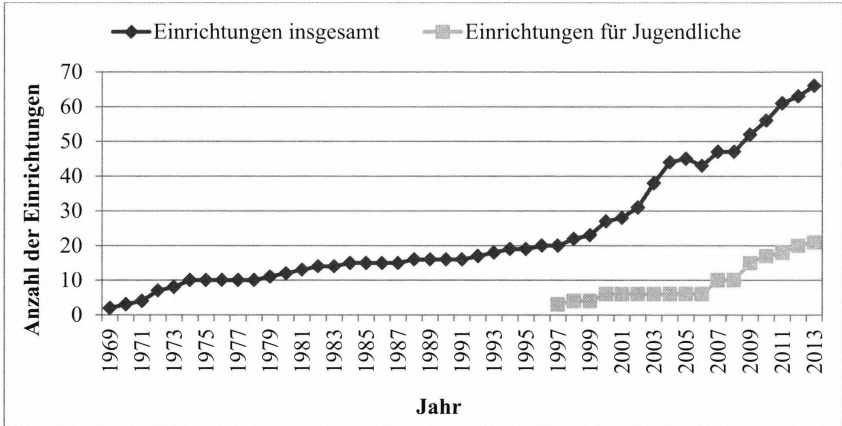
A. Die Rechtsgrundlagen für die Entwicklung der Sozialtherapie

Im Zuge kriminalpolitischer Diskussionen zur Reform des Strafrechts und Strafvollzugs wurden ab 1969 in den meisten Bundesländern sog. sozialtherapeutische Einrichtungen geschaffen, die verschiedene, besonders rückfallgefährdete Gruppen von Straftätern in speziellen Einrichtungen des Strafvollzugs behandeln und mit besonderen Hilfestellungen auf die Freiheit vorbereiten sollten. Der Ausbau der sozialtherapeutischen Einrichtungen lässt sich anhand der sich jeweils unmittelbar auswirkenden Gesetzesänderungen nachvollziehen.

Ursprünglich war die Sozialtherapie durch die Einführung des § 65 StGB a. F. 1969 als eine Maßregel der Besserung und Sicherung vorgesehen. Diese Regelung wurde jedoch nach mehrmaligem Verschieben 1984 ganz aufgehoben, so dass sie aufgrund zahlreicher finanzieller und personeller Schwierigkeiten nie geltendes Recht geworden ist. Vorgesehen war diese „Maßregellösung“ für folgende Tätergruppen:

- 1) „Rückfalltäter (mindestens zwei vorherige Freiheitsstrafen) mit schweren Persönlichkeitsstörungen;
- 2) Sexualstraftäter mit ungünstiger Prognose;
- 3) jungerwachsene Hangtäter (unter 27 Jahren);
- 4) schuldunfähige oder vermindert schuldfähige Täter, wenn die Unterbringung in einer Sozialtherapeutischen Anstalt eine günstigere Maßnahme zur Resozialisierung darstellt als die Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus.“ (Egg & Niemz 2012: 1).

Die 1977 mit § 9 StVollzG a. F. eingeführte „Vollzugslösung“ sah keine Behandlung gemäß richterlicher Anordnung vor, sondern setzte für die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung die Zustimmung ihres Leiters voraus; dies wurde in der Vollzugspraxis so ausgestaltet, dass ein Antrag des Gefangenen selbst gefordert wurde (vgl. dazu zusammenfassend auch Viotor 2012: 19 ff. bzw. auch Egg 2008a). Diese Entwicklung erklärt den leichten Anstieg des Ausbaus sozialtherapeutischer Einrichtungen ab 1978. Nach langsam voranschreitendem Ausbau konnten 1996 erstmals mehr als 20 Einrichtungen verzeichnet werden. Seither hat die Anzahl der Einrichtungen nochmals stark zugenommen. *Abbildung 1* verdeutlicht die bisherige Entwicklung.

Abb. 1: Entwicklung der Sozialtherapie 1969 bis 2013

Mit dem Gesetz zur „Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ vom 26. Januar 1998 (BGBl. I S. 160-163) wurde u. a. § 9 StVollzG über die Aufnahme von Sexualstraftätern¹ und anderen Gefangenen in eine sozialtherapeutische Einrichtung geändert. Nach der seit 1. Januar 2003 geltenden Fassung des § 9 Abs. 1 StVollzG ist ein Sexualstraftäter dann in eine sozialtherapeutische Einrichtung zu verlegen, wenn er „zu zeitiger Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden ist und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt [...] angezeigt ist.“ Darüber hinaus regelt § 9 Abs. 2 StVollzG, dass andere Gefangene „mit ihrer Zustimmung in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden [können], wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der Anstalt zu ihrer Resozialisierung angezeigt sind.“ Mit der Etablierung dieser „Therapiepflicht“² haben diese Sexualstraftäter seitdem gemäß § 9 Abs. 1 auch das Recht auf einen entsprechenden Haftplatz; damit einher ging eine qualitative Veränderung der Klientel: Waren 1997 noch überwiegend Insassen mit Eigentums- und Vermögensdelikten (44,5 %) in Behandlung, so beträgt deren Anteil 2013 nur noch 13,8 %; quasi spiegelbildlich stieg der Anteil der Sexualstraftäter von

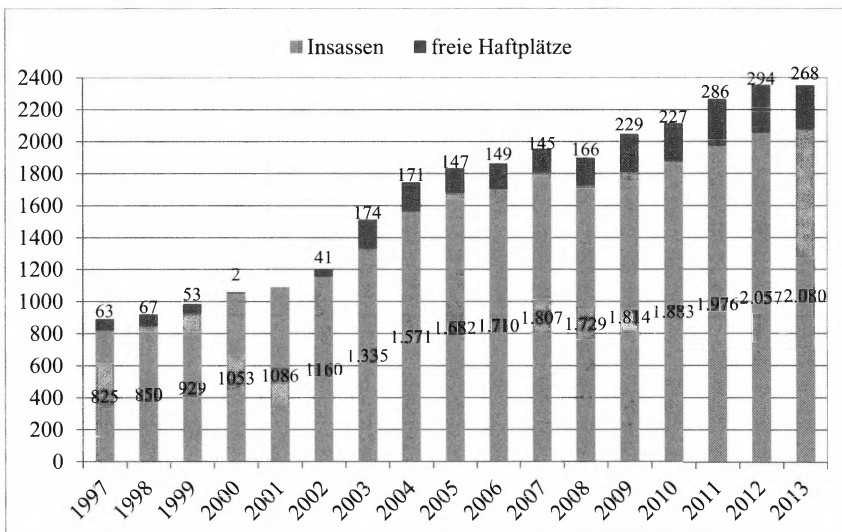
1 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

2 Streng genommen handelt es sich nicht um eine Therapiepflicht im Sinne einer Zwangstherapie, sondern nur um eine verpflichtende Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung (vgl. auch Rehn 2001a).

23,2 % im Jahr 1997 auf über 50 % seit dem Jahr 2003 (Niemz 2013: Tabelle 7b).

Weitere Konsequenz dieser Therapiepflicht für Gefangene bzw. des Therapie-rechts von Gefangenen gemäß § 9 Abs. 1 StVollzG ist die Ausweitung des Haftplatzangebotes in den sozialtherapeutischen Einrichtungen: Sowohl die Anzahl der sozialtherapeutischen Einrichtungen (vgl. *Abbildung 1*) als auch das Haftplatzangebot haben sich zwischen 1997 und 2013 mehr als verdreifacht bzw. -doppelt (vgl. *Abbildung 2*). Gab es 1997 zunächst 888 verfügbare Haftplätze in der Sozialtherapie, waren es drei Jahre später, 2000, bereits über 1.000 und weitere neun Jahre später, 2009, bereits über 2.000 Haftplätze. Mit Ausnahme des Jahres 2008 ist ein kontinuierlicher Anstieg in der Gesamtzahl verfügbarer und belegter Haftplätze zu verzeichnen (Niemz 2013: Tabelle 3). Besonders deutlich zeigt sich der „Entwicklungssprung“ vom Jahr 2002 zu 2003, als die Verlegung für Sexualstraftäter mit Freiheitsstrafen über 2 Jahren in die SothA Pflicht wurde. Mit der Zunahme von über 50 Plätzen jährlich ging allerdings in den letzten drei Jahren eine geringere Auslastungsquote (< 90 %) einher.

Abb. 2: Entwicklung der Haftplatzkapazitäten und der Belegungssituation in der Sozialtherapie 1997 bis 2013

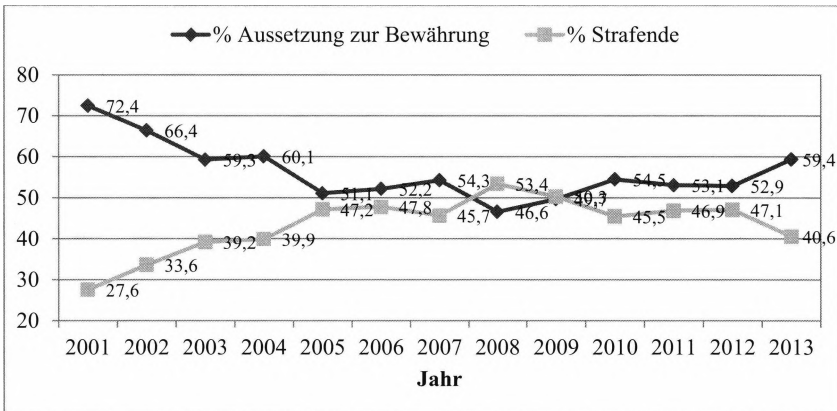


Neben dem Haftplatzausbau musste auch das Behandlungsangebot an die veränderte Klientel in den sozialtherapeutischen Einrichtungen angepasst werden; so wurden spezielle Behandlungsprogramme nach anglo-amerikanischem Vorbild eingeführt bzw. entsprechend den hiesigen Bedingungen im Hinblick auf eine „integrative Sozialtherapie“ (vgl. B sowie F.4) weiterentwickelt und ausgebaut. Im Zuge dieser gesetzlichen Neubestimmungen hat sich mit den gestiegenen Erwartungen auch die Stellung dieser Einrichtungen deutlich verbessert.

Auch die Erhöhung der Straffrahmen im Sexualstrafrecht durch das 6. Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 26. Januar 1998 (BGBl I, S. 164) sowie das 33. Strafrechtsänderungsgesetz vom 1. Juli 1997 (BGBl I, S. 1607) bewirkte eine deutliche Veränderung bei der Sozialtherapieklientel: Seit dem Stichtag 1997 hat sich der Anteil der Insassen mit einer lebenslangen³ Freiheitsstrafe von 3,8 % (31 Gefangene) auf 9 % im Jahr 2013 (186 Gefangene) mehr als verdoppelt (Niemz 2013: Tabelle 5a). Das Gesamtverhältnis der Entlassungen zu allen übrigen Abgangsformen (planmäßige Verlegungen, Rückverlegungen und sonstige Abgänge) blieb in diesem Zeitraum mit durchschnittlich 50 % relativ konstant (Niemz 2013: Tabelle 10b). Die Reduzierung des Anteils der vorzeitigen Entlassungen (vgl. *Abbildung 3*) und die seltener gewährten Vollzugslockerungen⁴ führen allerdings zu dem Problem, dass die Straftäter ohne gründliche Vorbereitung in einem realistischen Erprobungsraum in die Freiheit entlassen werden (vgl. dazu auch D.5).

3 Dies ist insofern paradox, als dass § 9 Abs. 1 StVollzG ausschließlich auf Verurteilungen zu zeitiger Freiheitsstrafe abzielt.

4 So stieg die Zahl der Gefangenen, die keine selbständigen Lockerungen zum Stichtag 31. März eines Jahres hatten, von knapp 50 % im Jahr 1997 auf 80 % im Jahr 2013 (Niemz 2013: Tabelle 12a).

Abb. 3: Entlassungen aus den sozialtherapeutischen Einrichtungen 2001 bis 2013

Insgesamt betrachtet haben die gesetzlichen Änderungen im Bereich der Sozialtherapie deutliche Veränderungen bewirkt. Als Auslöser für diese vollzugspolitische Wende kann ein verändertes Sicherheitsdenkens in der Kriminalpolitik ausgemacht werden, das vor allem auf der Forderung nach mehr Schutz vor (vermeintlich) gefährlichen (Sexual-)Straftätern beruht. Trotz medial entsprechend spektakulär aufbereiteten Einzelfällen sind Sexualstraftäter aus kriminologischer Sicht nicht überdurchschnittlich stark rückfallgefährdet (Egg 2009; vgl. dazu auch Rehn 2001a). Oder anders ausgedrückt: „Der Gesetzgeber hat die Sexualstraftäter allein deshalb als eine in besonderer Weise zu behandelnde Klientel ausgemacht, weil in dieser in besonderem Maße symbolisches Potenzial liegt. Nach den empirischen Erkenntnissen ist die Relevanz dieser Gruppe der Sexualstraftäter aber gerade nicht gestiegen.“ (Hefendehl 2010: 38).

A.1 Strafvollzug für Erwachsene

Durch die am 1. September 2006 in Kraft getretene Föderalismusreform besteht neben der Pflicht zum Erlass eigener Jugendstrafvollzugsgesetze auch die Möglichkeit, die übrigen Bereiche des Justizvollzuges landesgesetzlich zu regeln;⁵ dies wirkt sich auch auf die Verlegung in die Sozialtherapie aus, die

⁵ Gemäß Artikel 125a Absatz 1 des Grundgesetzes (GG) gilt das (Bundes-)Strafvollzugsgesetz in den Ländern bis zur Ersetzung durch Landesrecht fort. Bisher haben folgende Länder eigene Gesetze im Bereich des Erwachsenenstrafvollzuges erlassen: Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen.

zwischen den Ländern zum Teil deutlich unterschiedlich ausfällt (vgl. dazu van den Boogaart 2012).

Tritt ein Gefangener den Vollzug an, so gibt es grundsätzlich zwei denkbare Vorgehensweisen. Zunächst regelt der Vollstreckungsplan eines Landes in Abhängigkeit des Geschlechts und der verhängten Strafhöhe, in welcher Justizvollzugsanstalt die Haftstrafe abzuleisten ist. Von diesem (verbindlichen) Vollstreckungsplan kann es Ausnahmen geben, z. B. kann der Gefangene heimatnahe Verlegung beantragen. Um als Gefangener sozialtherapeutisch behandelt zu werden, stellen sich je nach abgeurteiltem Delikt unterschiedliche Aufnahmewege.

Nach dem Strafvollzugsgesetz des Bundes gibt es grundsätzlich die zwei in § 9 bezeichneten Aufnahmewege, um in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt zu werden: Sexualstraftäter mit einer Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren sind nach § 9 Abs. 1 StVollzG in eine sozialtherapeutische Anstalt zu verlegen, sofern deren Behandlung angezeigt ist (**Therapiepflicht**).⁶ „Andere Gefangene können mit ihrer Zustimmung in eine Sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden, wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der Anstalt zu ihrer Resozialisierung angezeigt sind. In diesen Fällen bedarf die Verlegung der Zustimmung des Leiters der Sozialtherapeutischen Anstalt“ (§ 9 Abs. 2 StVollzG; **Wahlzugang**).

§ 9 Abs. 1 StVollzG stellt lediglich auf bestimmte Sexualstraftatbestände in Verbindung mit einer bestimmten Strafhöhe ab und lässt daher viele andere Straftätergruppen⁷ mit einem höheren Rückfallgefährdungspotential sowie andere therapiegeeignete und -willige Gefangene aufgrund immer noch knapper Haftplatzkapazitäten⁸ unbehandelt, obwohl diese viel eher eine Wiederholungsgefahr befürchten lassen (vgl. z. B. Rehn 2013). Im Ländervergleich halten vor allem Bayern und Hamburg am vorher bundeseinheitlichen Standard

6 Abgesehen vom gesetzlich vorgesehenen Zwang zur Verlegung ist eine Zwangsbehandlung längerfristig selbstverständlich nicht möglich. Gleichwohl sollte es auch eine Aufgabe der SothA sein, eine anfängliche extrinsische Therapiemotivation im Sinne vollzuglicher Vorteile in eine intrinsische Veränderungsmotivation im Sinne einer persönlichen Auseinandersetzung mit der Straftat umzuwandeln. In einigen Einrichtungen gibt es daher zu diesem Zweck spezielle Aufnahme- bzw. Motivationsabteilungen.

7 Unklar bleibt neben der Frage, was mit zu lebenslanger Freiheitsstrafe verurteilten Sexualstraftätern passiert, bei dieser Regelung beispielsweise auch, ob es sich um eine Einzel- oder Gesamtstrafe von zwei Jahren als formales SothA-Indikationskriterium handeln muss (vgl. dazu auch Suhling & Wischka 2008).

8 Rehn (2001) hat einen Mindestbedarf von 3.000 bis 4.000 sozialtherapeutischen Haftplätzen ermittelt, d. h. etwa 5,5 % der Haftplätze. Die zum 31. März 2011 verfügbare Haftplatzanzahl von 2.262 in den sozialtherapeutischen Einrichtungen liegt deutlich unter diesem errechneten mengenmäßigen Bereich. Auch Egg (2013: 177, Rn. 4) geht von derzeit noch fehlenden 800 bis 1.000 Plätzen aus.

von Sexualstraftätern über 2 Jahre Freiheitsstrafe fest (vgl. *Tabelle 1*). Der Musterentwurf zu den Landesstrafvollzugsgesetzen „der Zehn“ vom Herbst 2011 hebt in § 17 II zur Verlegung in eine Sozialtherapie hingegen auf eine erhebliche Gefährlichkeit bei schwerwiegenden „Straftaten gegen Leib oder Leben, die persönliche Freiheit oder gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ ab (vgl. dazu auch A). Allein in Baden-Württemberg sind keine Gefangenen zwingend in eine Sozialtherapie zu verlegen.

Angesichts knapper (Behandlungs-)Ressourcen sollte die Grundlage der therapeutischen Zuwendung nicht (mehr) das Anlassdelikt, d. h. die Fokussierung auf eine bestimmte Tätergruppe, sondern eine bestehende Gefährlichkeit des Täters bilden (prognostische Auswahl der Probanden).⁹ Erstrebenswert im Sinne einer kriminologisch gemischten Klientel (Therapiepflicht vs. Eigenbeurteilung) wäre die Vergabe von jeweils etwa 50 % der Plätze.

9 „Intra-/bzw. innerfamiliäre Missbrauchstäter haben in der Regel ein geringeres Rückfallrisiko, da das Sexualdelikt weder Ausdruck einer »chronischen« Delinquenz noch einer paraphilen Phänomenologie ist. Die Frage ist also zu stellen, ob auf sie der Passus »sofern eine Behandlung angezeigt ist« zutrifft. Nicht zwingend müssen unseres Erachtens alle innerfamiliären Missbrauchstäter mit einer Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren in die Sozialtherapie verlegt werden. Findet ein innerfamiliärer Missbrauch aber im Rahmen eines allgemein dissozialen Lebensstils statt, in dem sich ein bereits mehrfach Verurteilter eben auch einmal an einem Familienmitglied vergeht, weil er eine entsprechende Anspruchshaltung und kognitiv verzerrte Überzeugung aufweist (im Sinne von: »Ich nehme mir, was mir zusteht«), so kann dieser Inzesttäter indes behandlungsbedürftig sein. Es sollte zudem eher daran gearbeitet werden, Interventionsstrategien zu entwickeln, mit denen die schwierigen und unbeliebten dissozialen und hoch behandlungsbedürftigen Täter erreicht werden können, als diese einfach auf das Abstellgleis »Regelvollzug« zu schieben und sich die bequemen Täter in die sozialtherapeutische Anstalt zu legen.“ (Hefendehl 2010: 39; vgl. dazu auch Seifert 2014)

Tab. 1: Gesetzliche Grundlage der Sozialtherapie in den Ländergesetzen

Bundesland	SothA-Einweisung	Relevante Paragraphen
BY	Sexualstraftaten über 2 Jahre (Art. 11 I) oder wenn Straftaten gegen Leib/Leben/sex. Selbstbestimmung zu erwarten sind (Art. 11 II)	Art. 11 Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung (1) Gefangene sind in eine sozialtherapeutische Einrichtung zu verlegen, wenn sie wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder § 182 des Strafgesetzbuchs (StGB) zu Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden sind und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung angezeigt ist. (2) Andere Gefangene, von denen schwerwiegende Straftaten gegen Leib oder Leben oder gegen die sexuelle Selbstbestimmung zu erwarten sind, sollen in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden, wenn deren besondere therapeutische Mittel und soziale Hilfen zu ihrer Resozialisierung angezeigt sind. (3) Vor einer Verlegung nach Abs. 1 oder 2 ist die Bereitschaft der Gefangenen zur Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen zu wecken und zu fördern. (4) Wenn der Zweck der Behandlung aus Gründen, die in der Person der Gefangenen liegen, nicht erreicht werden kann, unterbleibt die Verlegung nach Abs. 1 oder 2; nach einer bereits erfolgten Verlegung sind sie zurückzuverlegen. (5) Art. 10 und 92 bleiben unberührt.
BW	wenn ohne Behandlung erhebliche Straftaten zu erwarten sind und wenn deren besondere therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zu ihrer Resozialisierung angezeigt und erfolgversprechend sind (Soll-Vorschrift)	§ 8 Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung (1) Gefangene sollen in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden, wenn deren besondere therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zu ihrer Resozialisierung angezeigt und erfolgversprechend sind, von ihnen ohne Behandlung erhebliche Straftaten zu erwarten sind und die Anstaltsleiterin oder der Anstaltsleiter der sozialtherapeutischen Einrichtung zustimmt. Ist die Entscheidung über Verlegungen in eine sozialtherapeutische Einrichtung einer zentralen Stelle übertragen, bedarf es der Zustimmung nach Satz 1 nicht. (2) Vor einer Verlegung ist die Bereitschaft der Gefangenen zur Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen zu wecken und zu fördern.

		(3) Gefangene sind zurückzuverlegen, wenn der Zweck der Behandlung aus Gründen, die in ihrer Person liegen, nicht erreicht werden kann. (4) § 6 Abs. 1 und § 65 bleiben unberührt.
BB TH	wenn Verringerung der Gefährlichkeit angezeigt ist (Gefährlichkeit = wenn Straftaten gegen Leib/ Leben/pers. Freiheit/sex. Selbstbestimmung zu erwarten sind) oder wenn durch Teilnahme an den dortigen Behandlungsprogrammen zur Erreichung des Vollzugsziels angezeigt ist. Übergangsregelung bis 2016: Sexualstraftaten über 2 Jahre oder angeordneter/vorbehaltener SV	§ 25 Sozialtherapie BbgJVollzG § 24 Sozialtherapie ThürJVollzGB (1) Sozialtherapie dient der Verringerung einer erheblichen Gefährlichkeit der Straf- und Jugendstrafgefangenen. Auf der Grundlage einer therapeutischen Gemeinschaft bedient sie sich psychotherapeutischer, sozialpädagogischer und arbeitstherapeutischer Methoden, die in umfassenden Behandlungsprogrammen verbunden werden. Personen aus dem Lebensumfeld der Straf- und Jugendstrafgefangenen außerhalb des Vollzugs werden in die Behandlung einbezogen. (2) Straf- und Jugendstrafgefangene sind in einer sozialtherapeutischen Abteilung unterzubringen, wenn ihre Teilnahme an den dortigen Behandlungsprogrammen zur Verringerung ihrer erheblichen Gefährlichkeit angezeigt ist. Eine erhebliche Gefährlichkeit liegt vor, wenn schwerwiegende Straftaten gegen Leib oder Leben, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung zu erwarten sind. (3) Im Übrigen können Straf- und Jugendstrafgefangene in einer sozialtherapeutischen Abteilung untergebracht werden, wenn die Teilnahme an den dortigen Behandlungsprogrammen zur Erreichung des Vollzugsziels angezeigt ist. (4) Die Unterbringung soll zu einem Zeitpunkt erfolgen, der entweder den Abschluss der Behandlung zum voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt erwarten lässt oder die Fortsetzung der Behandlung nach der Entlassung ermöglicht. Hierzu arbeitet die sozialtherapeutische Abteilung eng mit forensischen Ambulanzen oder anderen ambulanten Nachsorgeeinrichtungen zusammen. Ist Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten, soll die Unterbringung zu einem Zeitpunkt erfolgen, der den Abschluss der Behandlung noch während des Vollzugs der Freiheits- oder Jugendstrafe erwarten lässt. (5) Die Unterbringung wird beendet, wenn das Ziel der Behandlung aus Gründen, die in der Person des Straf- oder Jugendstrafgefangenen liegen, nicht erreicht werden kann.

		§ 142 Übergangsregelung (nur BB) Bis zum 31. Dezember 2016 ist § 25 Absatz 2 in folgender Fassung anzuwenden: „Strafgefangene, die wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 des Strafgesetzbuches zu zeitiger Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden sind oder bei denen Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten ist, sowie Jugendstrafgefangene, bei denen Sicherungsverwahrung vorbehalten ist, sind in einer sozialtherapeutischen Abteilung unterzubringen, wenn ihre Teilnahme an den dortigen Behandlungsprogrammen angezeigt ist.
HH	Sexualstraftaten über 2 Jahre (§ 10 I) und bei anderen Gefangenen, wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zu ihrer Erziehung angezeigt sind bei Zustimmung der SothA (§ 10 II)	§ 10 Sozialtherapie (1) Gefangene sind in eine sozialtherapeutische Einrichtung zu verlegen, wenn sie wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 des Strafgesetzbuchs zu einer Freiheitsstrafe verurteilt worden sind und die Erziehung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung angezeigt ist. (2) Andere Gefangene können in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden, wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zu ihrer Erziehung angezeigt sind und die Leitung der Einrichtung zustimmt. (3) Kann der Zweck der Erziehung aus Gründen, die in der Person von Gefangenen liegen, nicht erreicht werden, ist von einer Verlegung nach Absatz 1 oder 2 abzugehen oder die Gefangenen sind zurückzuverlegen. Über die Verlegung von Gefangenen nach Absatz 1 ist jeweils spätestens nach Ablauf von vier Monaten neu zu entscheiden. (4) § 9 bleibt unberührt.
HE	Sexualstraftaten § 12 I 1 (insbesondere über 2 Jahre und bei erheblicher Störung der sozialen und persönlichen Entwicklung; § 12 II) oder wenn besondere therapeutische Mittel und soziale	§ 12 Sozialtherapie (1) Gefangene sind in eine sozialtherapeutische Anstalt zu verlegen, wenn sie wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 des Strafgesetzbuchs verurteilt worden sind und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt angezeigt ist. Andere Gefangene sollen in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden, soweit deren besondere therapeutische Mittel und soziale Hilfen zur Eingliederung angezeigt sind. (2) Für eine Verlegung nach Abs. 1 kommen insbesondere Gefangene in Betracht, die zu einer Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren auch als Gesamtstrafe verurteilt sind und bei denen

	Hilfen zur Eingliederung angezeigt sind (§ 12 I 2)	eine erhebliche Störung der sozialen und persönlichen Entwicklung vorliegt. Die Verlegung soll nach Möglichkeit zu einem Zeitpunkt erfolgen, der den Abschluss der Behandlung zum voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt erwarten lässt. (3) Die Gefangenen sind zurückzuverlegen, wenn der Zweck der Behandlung aus Gründen, die in der Person der Gefangenen liegen, nicht erreicht werden kann. § 11 bleibt unberührt. (4) Ist eine Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt aus Gründen, die nicht in der Person der Gefangenen liegen, nicht oder noch nicht möglich, sind anderweitige therapeutische Behandlungsmaßnahmen zu treffen. (5) Frühere Gefangene können auf ihren Antrag vorübergehend wieder in die sozialtherapeutische Anstalt aufgenommen werden, wenn das Ziel ihrer Behandlung gefährdet und ein Aufenthalt aus diesem Grund gerechtfertigt ist. § 29 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend. (6) Auf Antrag soll die sozialtherapeutische Anstalt den Gefangenen auch eine nachgehende Betreuung gewähren, wenn dies ihrer besseren Eingliederung dient und die Betreuung nicht anderweitig durchgeführt werden kann.
NI	Verringerung der Gefährlichkeit bei Sexualstraftaten (ohne J.) oder bei Verbrechen gegen Leben, die körperliche Unversehrtheit oder die persönliche Freiheit oder Raub (mit Todesfolge)/R. Erpressung (§ 104 I) oder wenn der Einsatz der besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der Anstalt zur Erreichung des Vollzugszieles ange-	§ 104 Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt (1) Die oder der Gefangene, die oder der wegen 1. einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 StGB oder 2. eines Verbrechens gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit oder die persönliche Freiheit oder nach den §§ 250, 251, auch in Verbindung mit den §§ 252 und 255, StGB verurteilt worden ist, wird in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt, wenn die dortige Behandlung zur Verringerung einer erheblichen Gefährlichkeit der oder des Gefangenen für die Allgemeinheit angezeigt ist. (2) Andere Gefangene können in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden, wenn der Einsatz der besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der Anstalt zur Erreichung des Vollzugszieles nach § 5 Satz 1 angezeigt ist. (3) Die Verlegung soll zu einem Zeitpunkt erfolgen, der den Abschluss der Behandlung zum voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt erwarten lässt. (4) Die oder der Gefangene ist zurückzuverlegen, wenn der Zweck der Behandlung aus Gründen, die in der Person der oder des Gefangenen liegen, nicht erreicht werden kann. Die oder der Gefangene kann zurückverlegt werden, wenn sie oder er durch ihr oder sein Verhalten den

	zeigt ist (§ 104 II)	Behandlungsverlauf anderer erheblich und nachhaltig stören. (5) Die §§ 10 und 11 bleiben unberührt.
MV RP SL SN	wenn Verringerung der Gefährlichkeit angezeigt ist (Gefährlichkeit = wenn Straftaten gegen Leib/ Leben/pers. Freiheit/sex. Selbstbestimmung zu erwarten sind) (II) oder wenn durch Teilnahme an den dortigen Behandlungsprogrammen zur Erreichung des Vollzugsziels angezeigt ist (III)	§ 17 StVollzG M-V § 24 Sozialtherapie LJVollzG (RP) § 17 SLStVollzG § 17 SächsStVollzG (1) Sozialtherapie dient der Verringerung einer erheblichen Gefährlichkeit der Strafgefangenen und der Jugendstrafgefangenen. Auf der Grundlage einer therapeutischen Gemeinschaft bedient sie sich psychotherapeutischer, sozialpädagogischer und arbeitstherapeutischer Methoden, die in umfassenden Behandlungsprogrammen verbunden werden. Personen aus dem Lebensumfeld der Strafgefangenen und der Jugendstrafgefangenen außerhalb des Vollzugs werden in die Behandlung einbezogen. (2) Strafgefangene und Jugendstrafgefangene sind in einer sozialtherapeutischen Abteilung unterzubringen, wenn ihre Teilnahme an den dortigen Behandlungsprogrammen zur Verringerung ihrer erheblichen Gefährlichkeit angezeigt ist. Eine erhebliche Gefährlichkeit liegt vor, wenn schwerwiegende Straftaten gegen Leib oder Leben, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung zu erwarten sind. (3) Im Übrigen können Strafgefangene und Jugendstrafgefangene in einer sozialtherapeutischen Abteilung untergebracht werden, wenn die Teilnahme an den dortigen Behandlungsprogrammen zur Erreichung des Vollzugsziels angezeigt ist. (4) Die Unterbringung soll zu einem Zeitpunkt erfolgen, der entweder den Abschluss der Behandlung zum voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt erwarten lässt oder die Fortsetzung der Behandlung nach der Entlassung ermöglicht. Ist Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten, soll die Unterbringung zu einem Zeitpunkt erfolgen, der den Abschluss der Behandlung noch während des Vollzugs der Freiheitsstrafe oder der Jugendstrafe erwarten lässt. (5) Die Unterbringung wird beendet, wenn das Ziel der Behandlung aus Gründen, die in der Person der Strafgefangenen oder der Jugendstrafgefangenen liegen, nicht erreicht werden kann.

NRW	Sexualstraftäter über 2 Jahre (§ 13 I) und bei anderen Gefangenen zur Verringerung der Gefährlichkeit (Gefährlichkeit = wenn Straftaten gegen Leib/Leben/pers. Freiheit/sex. Selbstbestimmung zu erwarten sind; § 13 II)	§ 13 StVollzG NRW (1) Gefangene, die wegen erheblicher Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung zu einer Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden sind, werden in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt, wenn eine sozialtherapeutische Behandlung zur Eingliederung der Gefangenen angezeigt und erfolgversprechend ist. (2) Andere Gefangene sollen mit ihrer Zustimmung in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden, wenn deren Teilnahme an den dortigen Behandlungsprogrammen zu ihrer Eingliederung und zur Verringerung erheblicher Gefahren, die von den Gefangenen für die Allgemeinheit ausgehen, angezeigt und erfolgversprechend ist. Erhebliche Gefahren für die Allgemeinheit bestehen insbesondere dann, wenn auf Grund einer Störung der sozialen und persönlichen Entwicklung der oder des Gefangenen erhebliche Straftaten gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung zu erwarten sind. (3) Die Verlegung und die Aufnahme in eine sozialtherapeutische Einrichtung bedürfen der Zustimmung der aufnehmenden sozialtherapeutischen Einrichtung, soweit die Entscheidung nicht von einer Einweisungsanstalt oder Einweisungsabteilung getroffen wurde. (4) Die Bereitschaft der Gefangenen zur Teilnahme an einer sozialtherapeutischen Behandlung und zur Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung ist zu wecken und durch vorbereitende Maßnahmen zu fördern. (5) Die Unterbringung soll zu einem Zeitpunkt erfolgen, der entweder den Abschluss der Behandlung zum voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt erwarten lässt oder die Fortsetzung der Behandlung nach der Entlassung ermöglicht. (6) Die Unterbringung der Gefangenen in der sozialtherapeutischen Einrichtung endet, wenn der Zweck der Behandlung aus Gründen, die in ihrer Person liegen, nicht erreicht werden kann.
-----	--	---

Entsprechend den (Landes-)Gesetzen muss eine sozialtherapeutische Behandlung zudem angezeigt sein. Was das für die Auswahl der Probanden bedeutet, wird in der Regel nicht näher definiert, so dass man sich in der Vollzugspraxis um konkrete Kriterien für eine standardisierte Indikationsprüfung einer Verlegung in die SothA bemüht, so beispielsweise vom „Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug“ 2007. Demnach ist Sozialtherapie angezeigt, wenn

- gefährliche Straftaten wegen einer erheblichen Störung ihrer persönlichen und sozialen Entwicklung zu befürchten ist (Behandlungsbedürftigkeit),
- eine Bereitschaft zur Änderung ihrer Einstellungen und Verhaltensweisen erkennbar ist (Behandlungsmotivation),
- intellektuelle und sprachliche Mindestvoraussetzungen eine Beteiligung am Behandlungsvorgehen gestatten (Behandlungsfähigkeit).

Die Verlegung in eine Sozialtherapeutische Einrichtung ist zum Zeitpunkt der Feststellung *nicht* angezeigt, wenn:

- andere Behandlungsmaßnahmen ebenso hinreichend wirksam erscheinen,
- der Strafreis zu kurz oder zu lang ist,
- die Sicherheitsvorkehrungen der SothA nicht ausreichen,
- wegen Suchtmittelabhängigkeit bzw. -missbrauch sowie psychiatrisch zu behandelnder psychischer Störungen andere Hilfen angezeigt sind,
- die ablehnende Haltung gegenüber der Behandlung nicht beeinflussbar ist bzw. der Zweck der Behandlung aus in der Person liegenden Gründen nicht erreicht werden kann oder der Gefangene durch subkulturelle Aktivitäten die Behandlung der anderen Gefangenen gefährdet.

A.2 Sozialtherapie im Jugendvollzug

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 31. Mai 2006 (BvR 1673/04 und 2 BvR 2402/04) für die Bundesländer eine Verpflichtung zur Erstellung einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage für den Jugendstrafvollzug bis zum 1. Januar 2008 geschaffen (BVerfG NJW 2006, S. 2093 ff.). Der Verpflichtung, den Jugendstrafvollzug gesetzlich zu regeln, sind alle Länder nachgekommen (vgl. Handbuch Strafvollzug der Länder 2011). In Bayern (BayStVollzG), Baden-Württemberg (JVollzGB) und Niedersachsen (NJVollzG) ist der Jugendstrafvollzug nicht durch eigenständige Gesetze geregelt, sondern durch separate Regelungsabschnitte in den

jeweiligen Vollzugsgesetzen. In allen anderen Bundesländern besteht jeweils ein eigenständiges Jugendstrafvollzugsgesetz. Mit Einführung der Sozialtherapie in die Jugendstrafvollzugsgesetze entsprachen die Bundesländer der Forderung des Bundesverfassungsgerichts, wonach der Staat den Vollzug im Hinblick auf eine ausreichende pädagogische und therapeutische Betreuung so ausstatten muss, wie es zur Realisierung des Vollzugsziels erforderlich ist. Durch diese Festschreibung der Sozialtherapie für junge Gefangene ist die Einrichtung neuer sozialtherapeutischer Anstalten und Abteilungen für diese Klientel nicht mehr nur freiwillig, sondern es besteht eine gewisse Verpflichtung dazu. Die Verbindlichkeiten variieren jedoch zwischen den Bundesländern, da es Unterschiede in den Zielgruppendefinitionen (bestimmte versus unbestimmte Straftätergruppen) und dem Verpflichtungsgrad („Soll“- versus „Kann“-Vorschriften) gibt, welche die benötigten Haftplatzkapazitäten verschiedenartig beeinflussen (vgl. Spöhr 2009: 15 ff.).

Die Entwicklung der Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug verlief daher deutlich anders als die der sozialtherapeutischen Einrichtungen für (männliche) erwachsene Gefangene.¹⁰ Bis einschließlich 1997 gab es lediglich drei bzw. vier¹¹ sozialtherapeutische Einrichtungen (vgl. Fn. 5) für junge Gefangene.¹² Die eher vereinzelte Existenz von sozialtherapeutischen Einrichtungen im Jugendstrafvollzug begründete sich meist durch den Verweis darauf, dass das Streben nach dem Erziehungsziel schon die Elemente einer Sozialtherapie enthalte (Schüler-Springorum 2003: 581); diese Auffassung ist in der Praxis noch heute teilweise anzutreffen. Erst im Zuge der neuen Gesetzesregelungen gab es wieder Bewegung in der Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug (vgl. auch *Abbildung 1*). Am 31. März 2013 waren insgesamt 21 Einrichtungen für (männliche) Jugendstrafgefangene vorgesehen (vgl. *Tabelle 2*).

10 Nachdem bereits seit 1972 in der sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigshafen neben Erwachsenen auch Jugendliche behandelt wurden (Schmitt 1978), ist 1979 in Siegburg (Nordrhein-Westfalen) die erste ausschließlich für Jugendstrafgefangene vorgesehene sozialtherapeutische Abteilung eröffnet worden. Diesem Beispiel folgten zwei weitere Bundesländer (Baden-Württemberg: Crailsheim 1982 und Niedersachsen: Hameln 1980).

11 Die Aufnahme von Jugendstrafgefangenen in der sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigshafen endete 1991 nach Eröffnung der benachbarten Jugendstrafanstalt Schifferstadt.

12 Die Insassen im Jugendstrafvollzug werden im Folgenden als „junge Gefangene“ bezeichnet, da es sich bei der Mehrheit der Gefangenen um Jungerwachsene handelt. Jugendliche (unter 18 Jahren) machen nur etwa einen Anteil von 7 bis 12 % im Jugendstrafvollzug aus (Dünel & Geng 2007: 69).

Tab. 2: Übersicht über die verfügbaren Haftplätze für Jugendstrafgefangene in der Sozialtherapie zum 31.03.2013

JVA	Bundesland	Eröffnung	Plätze	Wohngruppen
Adelsheim	Baden-Württemberg	1997	24	1
Crailsheim	Baden-Württemberg	1982	24	2
Ebrach	Bayern	2009	10	1
Neuburg-Herrenwörth (S)	Bayern	2007	16	1
Neuburg-Herrenwörth (G)	Bayern	2009	16	2
Berlin-JSA	Berlin	2008	48	6
Wriezen	Brandenburg	2007	24	3
Hamburg Hahnöfersand	Hamburg	1998	18	2
Rockenberg	Hessen	2010	18	2
Neustrelitz	Mecklenburg-Vorp.	2008	24	2
Hameln I	Niedersachsen	1980	31	4
Hameln II	Niedersachsen	2000	22	3
Herford	Nordrhein-Westfalen	2007	26	2
Wuppertal-Ronsdorf	Nordrhein-Westfalen	2011	31	4
Schifferstadt	Rheinland-Pfalz	2008	20	2
Wittlich	Rheinland-Pfalz	2008	20	2
Ottweiler	Saarland	2011	10	1
Regis-Breitingen	Sachsen	2007	40	4
Raßnitz	Sachsen-Anhalt	2013	11	1
Schleswig	Schleswig-Holstein	2011	30	4
Ichtershausen	Thüringen	2008	13	1
<i>Summe</i>			476	47

Die tatsächliche Umsetzung wurde ausschließlich durch unselbständige Abteilungen realisiert. Gerade im Bereich des sozialtherapeutischen Jugendstrafvollzuges ist dies aufgrund der im Vergleich zum Erwachsenenvollzug geringeren Fallzahlen ökonomisch sinnvoll.¹³ Dennoch lässt sich insgesamt

13 Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass bei weiblichen Gefangenen aufgrund der im Vergleich zum männlichen Klientel noch geringeren Fallzahlen in der Praxis trotz des bestehenden Trennungsgrundsatzes und Unterschiede in den Rechtsgrundlagen keine Differenzierung zwischen jugendlichen und erwachsenen Frauen in der Sozialtherapie vorgenommen werden kann.

festhalten, dass seit der Eröffnung der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle¹⁴ im Jahre 2001 keine eigenständige – und damit vergleichsweise kostenintensive – Einrichtung hinzugekommen ist. Auch wenn Abteilungen einen kostengünstigeren Rückgriff auf bereits vorhandene infrastrukturelle Angebote und personelle Ressourcen ermöglichen, ist für eine effektive Sozialtherapie eine möglichst weitgehende organisatorische, personelle und bauliche Trennung vom Normalvollzug wichtig (zu den Rahmenbedingungen vgl. E). Der Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2012) hat spezielle Mindestanforderungen formuliert.

A.3 (Sozial-)Therapie für Sicherungsverwahrte

Im Zuge der europäischen Rechtsprechung zur Sicherungsverwahrung bekräftigte das deutsche Bundesverfassungsgericht zuletzt am 4. Mai 2011 (vgl. BVerfG, 2 BvR 2365/09) das „Abstandsgebot“, das einen deutlichen Unterschied zwischen dem Freiheitsentzug bei Vollstreckung der Sicherungsverwahrung als Maßregel zum Zwecke der Prävention weiterer Straftaten und dem Freiheitsentzug im Rahmen der Verbüßung einer zeitigen Haftstrafe als schuldangemessene Sanktion sicherstellen soll; für die Sicherungsverwahrung fordert es die Einhaltung eines genügenden „Abstands“ zur Freiheitsstrafe, für den es sieben Kriterien aufstellt (BVerfG, NJW 2011, 1931 (1938 f.)):

Nach dem ultima-ratio-Prinzip „müssen schon während des Strafvollzugs alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um die Gefährlichkeit des Verurteilten zu reduzieren. Insbesondere muss gewährleistet sein, dass etwa erforderliche psychiatrische, psycho- oder sozialtherapeutische Behandlungen, die oftmals auch bei günstigem Verlauf mehrere Jahre in Anspruch nehmen, zeitig beginnen, mit der gebotenen hohen Intensität durchgeführt und möglichst vor dem Strafende abgeschlossen werden (ultima-ratio-Prinzip)“ (BVerfG 2011, Rn. 112), um den Vollzug der Sicherungsverwahrung möglicherweise dadurch vermeiden zu können. Im Rahmen des anzuwendenden Individualisierungs- und Intensivierungsgebots „[müssen] insbesondere im therapeutischen Bereich [...] alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Erweisen sich standardisierte Therapiemethoden als nicht erfolgversprechend, muss ein individuell zugeschnittenes Therapieangebot entwickelt werden. Dabei muss – insbesondere mit zunehmender Vollzugsdauer – sichergestellt sein, dass mögliche Therapien nicht nur deshalb unterbleiben, weil sie im Hinblick auf Aufwand und

14 Die 2001 eröffnete Sozialtherapeutische Anstalt Halle wurde so umstrukturiert, dass sie von 2010 bis 2013 als Abteilung fungierte; 2014 wurde die SothA nach Burg verlegt. Die Umstrukturierung in Hamburg zu einer eigenständigen sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg erfolgte bereits 2000.

Kosten über das standardisierte Angebot der Anstalten hinausgehen.“ (BVerfG 2011, Rn. 113) „Die Bereitschaft des Untergebrachten zur Mitwirkung an seiner Behandlung [ist] durch gezielte Motivationsarbeit zu wecken und zu fördern. Unterstützend könnte insofern ein Anreizsystem wirken, das aktive Mitarbeit mit besonderen Vergünstigungen oder Freiheiten honoriert oder auch solche entzieht, um Motivation und Mitarbeit zu erreichen (Motivierungsgebot).“ (BVerfG 2011, Rn. 114)

Analog zu den Bestimmungen für die Einrichtung sozialtherapeutischer Einrichtungen, die eine Trennung von Normalvollzug und eine auf Resozialisierung ausgerichtete Gestaltung gewährleisten sollen, erfordert das Urteil des BVerfG „zwar eine vom Strafvollzug getrennte Unterbringung [der Sicherungsverwahrten] in besonderen Gebäuden oder Abteilungen, aber keine vollständige räumliche Ablösung vom Strafvollzug (Trennungsgebot). „Eine Anbindung an große Einrichtungen [kann] sinnvoll sein, um deren Infrastruktur und Sicherheitsmanagement nutzbar machen und ein differenziertes Arbeits- und Freizeitangebot gewährleisten zu können [...] Ferner muss sichergestellt sein, dass ausreichende Personalkapazitäten zur Verfügung stehen, um die Anforderungen eines freiheitsorientierten und therapiegerichteten Gesamtkonzepts der Sicherungsverwahrung praktisch zu erfüllen.“ (Rn. 115)

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2012a), bereits zu Beginn der Strafhaft eine entsprechende Behandlungsuntersuchung durchzuführen und die Maßnahmen nach den Prinzipien wirksamer Behandlung auszurichten (vgl. B). Bezüglich der Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung sollten die Indikationskriterien angewendet werden; zudem sei der Zeitpunkt so zu wählen, dass alle Maßnahmen vor Beginn der Sicherungsverwahrung abgeschlossen werden können. Sollte dies nicht möglich sein, so ist im Sinne der Behandlungskontinuität dessen Verbleib in der sozialtherapeutischen Einrichtung auch während der Vollstreckung der Sicherungsverwahrung geboten; eine Sozialtherapie für ausschließlich Sicherungsverwahrte wird explizit nicht empfohlen, ggf. sei die Zustimmung des Sicherungsverwahrten bzgl. dieser Unterbringungsart einzuholen.

(Spätestens) mit Wirkung zum 1. Juni 2013 mussten die Länder wegen der Unvereinbarkeit mit dem Grundgesetz eigenständige Gesetze zur Sicherungsverwahrung schaffen (vgl. Dessecker 2013 bzw. für BY Zimmermann 2013). In der Praxis wurden diese Leitlinien hinsichtlich des strukturellen Problems der räumlich-organisatorischen Abgrenzung vom Normalvollzug unterschiedlich umgesetzt: In sieben Bundesländern (BY, BE, BB, MV, NI, NW, RP) werden neue, eigene Häuser für Sicherungsverwahrte auf dem Gelände einer Justizvollzugsanstalt geschaffen; in den anderen Fällen werden bestehende

Häuser den Vorgaben entsprechend umgebaut (BW, HH, HE, SN, ST) bzw. länderübergreifende Kooperationen geschlossen (HB, SH, SL, TH).

Nach der Stichtagserhebung zum 31. März 2013 wurde unter insgesamt 2.080 Gefangenen und Untergebrachten in den 66 sozialtherapeutischen Einrichtungen bei 80 Insassen Sicherungsverwahrung vollzogen (3,8 %), bei weiteren 85 Gefangenen war diese Maßregel bereits angeordnet (4,1 %; Niemz 2013: Tabelle 5e). Im bisherigen Zeitverlauf zeigt sich eine leichte Zunahme dieser Klientel (so machten sie 2011 knapp 7 % der SothA-Population aus, 2012 bereits 7,7 % und 2013 fast 8 %). In der Sozialtherapie sind räumliche Unterschiede in der Unterbringung zwischen Gefangenen und Sicherungsverwahrten praktisch derzeit nicht machbar und auch nicht sinnvoll. Eine Besserstellung der Sicherungsverwahrten hinsichtlich Hafttraumausstattung etc. könnte im Hinblick auf die Gruppendynamik bzw. -therapie auch aus psychologischer Sicht Probleme aufwerfen. Für die besondere Klientel, die vergleichsweise häufig von Persönlichkeitsstörungen betroffen sind, werden derzeit neue Behandlungsansätze entwickelt (vgl. Suhling & Wischka 2013; zum Behandlungskonzept des bayerischen Sicherungsverwahrungsvollzugs unter Berücksichtigung des Abstandsgebots Endres & Breuer 2011).

Die Vollzugseinrichtungen werden bei Gefangenen mit (angeordneter bzw. vorbehaltener) Sicherungsverwahrung zukünftig wohl größere Anstrengungen unternehmen müssen, um diese für eine individualisierte Therapie auch tatsächlich zu gewinnen; denn gemäß dem Gesetz zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I, 2425) setzt das Gericht nach § 67c I Nr. 2 bei nicht ausreichender Betreuung (bereits in der Strafhaft) die Maßregel zur Bewährung aus – insofern wird mit weiteren Steigerungen zu rechnen sein.

Auch in der Praxis wird die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts durchaus kritisch gesehen – wie folgendes Interviewzitat¹⁵ zeigt: *Und ich glaube, dass ein Fehler in diesem Bundesverfassungsurteil drin ist, nämlich die Idee "Therapie kann alles richten." {I lacht} (.) Ähm und da sind auch die Vertreter der Sozialtherapie in diesen Stellungnahmen zu (.) weich an der Stelle. Also ich äußere mich da immer und sage: "Ähm wir können mit vielen einen Therapieversuch machen." Aber was die an PCL-Werten mitbringen ähm, die Sicherungsverwahrten, und was die an Persönlichkeitsstörungen mitbringen, das ist oft von der Art, dass wir mit Therapie eben nicht so sehr viel erreichen können und einfach auch sagen müssen-, Herr Prof. [X] hat sich mal über diesen Vergleich fürchterlich geärgert, aber ich sage den*

15 Interviewäußerungen werden im Folgenden kursiv wiedergegeben. Zu den einzelnen Transkriptionsregeln vgl. H.6

trotzdem: "Man muss als Arzt auch einem chronisch Kranken manchmal sagen, dass man für ihn kein Medikament hat und er eben nicht behandelt werden kann, mit Erfolg." Jedenfalls nicht mit Besserungsaussicht. Und ich glaube, dass es einige Sicherungsverwahrte gibt, bei denen das auch so ist. Und wenn das Bundesverfassungsgericht schreibt: "Und wenn es keine therapeutischen Konzepte gibt, dann schreibe neue." {I lacht} Dann klingt es für mich so, als ob das Bundesverfassungsgericht einer Klinik für Krebskranke ins Urteil schreibt: "Und wenn ihr für die keine Behandlungsmöglichkeiten habt, dann schafft welche." (ebenfalls kritisch zum Behandlungsoptimismus Müller 2012) [...] Es gab in vielen Bundesländern, (.) in [Bundesland A] übrigens nicht, äh (.) Therapeuten und Leitungen in Sozialtherapien, die die Sicherungsverwahrten fern gehalten haben. Die wollten sie nicht im Haus, weil sie Schwierigkeiten machen, weil man sich schwer von ihnen wieder trennen kann, weil es dann Gerichtsverfahren gibt und weil sie natürlich kompliziert sind in ihrer Persönlichkeit. Und das hat das Bundesverfassungsgericht dazu veranlasst, mit der Faust auf den Tisch zu hauen und zu sagen: "Ihr müsst die jetzt nehmen und gebt euch mehr Mühe, denen Entlassungsperspektiven zu eröffnen." Und das ist auch richtig, aber [Bundesland A] hat nun grade seit über 8 Jahren immer wieder viele Sicherungsverwahrte im Haus gehabt. Wir sind da von der sozialtherapeutischen Leitungsgemeinschaft manchmal gescholten worden dafür, weil wir die nämlich zum Teil befristet aufnehmen. Und da hat man innerhalb von dieser [intermittierenden] Sozialtherapie gesprochen, so etwas mit Ekel im Unterton. Und wir haben eben gesagt, um ressourcenschonend zu arbeiten, Sicherungsverwahrte (.) aufnehmen, zu einem frühen Zeitpunkt, aber bitte nicht bis zu ihrem vollzuglichen Ende, sondern wir gucken nach 2, 3 Jahren, ob es Therapiefortschritt gibt und wenn nicht, vielleicht aber auch wenn doch, dann trennen wir uns von denen und holen die vielleicht noch mal 3, 4 Jahre später, wenn es um Lockerungen geht, noch mal ins Haus. Das entspricht natürlich nicht dem traditionellen sozialtherapeutischen Konzept "Behandlung, Lockerung, Entlassung", aber ich finde, ehe man sie gar nicht aufnimmt, und dass haben einige andere Bundesländer gemacht ähm und haben jetzt die Quittung durch das Bundesverfassungsgericht, meiner Ansicht nach, bekommen, ist es auch nicht richtig. Also insofern bin ich so ein bisschen zwiespältig. Ich denke, da kommen Aufgaben auf uns zu. [...] Wir können mehr noch versuchen, aber wir werden mit einigen wirklich grandios scheitern und das weiß man auch oft schon, scheitern, bei wem das so sein wird. Und ähm (.) insofern (.) etwas Skepsis, etwas mehr Bescheidenheit. Wir nehmen viele Sicherungsverwahrten auf, wahrscheinlich mehr als die meisten anderen Bundesländer. Und deswegen haben wir eigentlich auch Erfahrungen mit ihnen und sagen: "Aber halt für alle ist es nicht das Richtige." Sondern vielleicht für 20 Prozent. So eine vorsichtige Schätzung. Das ist

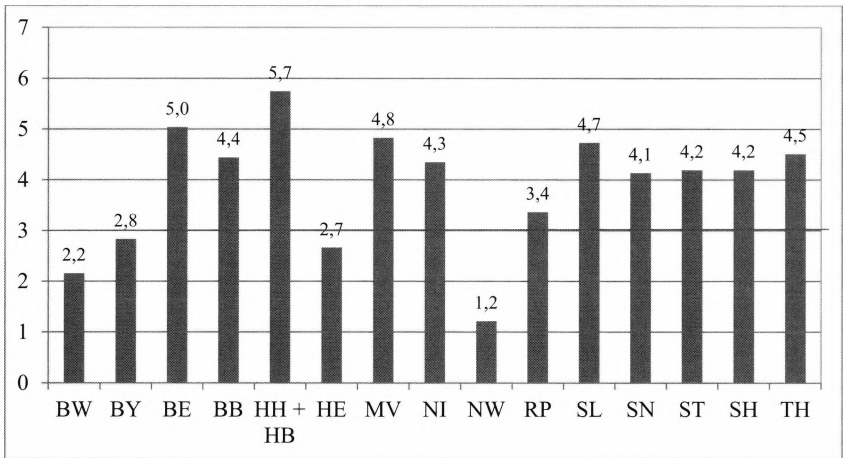
aber keine so hohe Größenordnung, die man nach Lektüre des Bundesverfassungsgerichts annehmen könnte. So nach dem Motto "Jeder muss mal in die SothA." Wir kennen viele aus Aufnahmegesprächen, aus ersten Durchläufen, aber wir wissen auch, dass es eine große Gruppe von Leuten gibt, die für uns nicht erreichbar sind. (vgl. dazu auch Schäfer 2013 sowie Thalmann 2013; zu Haft- und Therapieerfahrungen der Berliner Sicherungsverwahrten Kröber et al. 2013)

A.4 Zusammenfassung

Zum Stichtag am 31. März 2013 gab es bundesweit 66 sozialtherapeutische Einrichtungen mit 2.248 Haftplätzen. Für männliche Strafgefangene stehen in 41 Einrichtungen 1.715 Plätze zur Verfügung, 476 Plätze in 21 Einrichtungen sind für (männliche) Jugendstrafgefangene vorgesehen und vier Abteilungen können maximal 57 weibliche Klientinnen aufnehmen (Niemz 2013). Dabei handelt es sich um 7 selbstständige und 59 unselbstständige Einrichtungen. Hinter letzterer Organisationsform verbergen sich größtenteils Abteilungen (57) und zwei organisatorisch zugeordnete Außenstellen bzw. Teilabteilungen. Die selbstständigen Einrichtungen wurden alle – bis auf Hamburg (2000) und Halle (2001) (vgl. Fn. 10) – 1980 oder früher eröffnet. Die meisten Einrichtungen befinden sich in Bayern (14) und Niedersachsen (11), gefolgt von Nordrhein-Westfalen (9) sowie Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (jeweils 4; vgl. Niemz 2013).

Setzt man diesen Ist-Zustand der SothA-Plätze zum 31. März 2013 (vgl. auch *Tabelle 3*) mit der absoluten Haftplatzanzahl länderspezifisch in Relation,¹⁶ so ergeben sich hinsichtlich des Anteils sozialtherapeutischer Plätze große Differenzen (vgl. *Abbildung 4*).

16 SothA-Quote = Anzahl der Haftplätze in SothA / Anzahl der Haftplätze insgesamt * 100 (länderbezogen); eigene Berechnungen aus Statistisches Bundesamt 2014a und 2014b.

Abb. 4: Anteil der sozialtherapeutischen Haftplätze (länderbezogen) zum 31.03.2013

Vor allen Dingen die großen Länder (mit Ausnahme Niedersachsens (6.830)) hinsichtlich der Haftplatzkapazitäten wie Bayern (11.892), Baden-Württemberg (7.793) und Nordrhein-Westfalen (19.241) sowie Hessen (5.933) weisen einen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 3 (= Linie in der *Abbildung 4*) niedrigeren Anteil an sozialtherapeutischen Haftplätzen auf. Nach Nordrhein-Westfalen ist der Anteil an Sozialtherapieplätzen in Baden-Württemberg am niedrigsten, doch gibt es in letztgenanntem Bundesland sog. Behandlungsabteilungen, die der SothA sehr ähnlich sind, so dass hier eine fließende Grenze zwischen Behandlungsvollzug und Sozialtherapie angenommen werden kann.¹⁷ Besonders hohe Anteile sozialtherapeutischer Plätze in Bezug auf die Gesamtkapazität an Haftplätzen zeigen die Stadtstaaten: Lässt man die Vereinbarung mit Bremen unberücksichtigt, befindet sich in Hamburg jeder 13. Haftplatz in der Sozialtherapie.

17 Die Behandlungsinitiative BIOS (vgl. <http://www.bios-bw.de/> [14.06.2013]) versteht unter Opferschutz auch eine erfolgreiche Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern und wirkte deshalb darauf hin, dass in mehreren Einrichtungen Baden-Württembergs (JVA Heimsheim (2007), JVA Heilbronn (2008), JVA Mannheim (2007) und JVA Bruchsal (2010)) gängige Gruppenmaßnahmen wie BPS und BPG auch im Regelvollzug dauerhaft zum Einsatz kommen (Böhm 2011, Morawietz 2012, Morawietz & Dölling 2013). Gemäß Herrn Dr. Obergfell-Fuchs (KrimD BW) sind diese etwa zwischen 2003 und 2005 im normalen (Behandlungs-)Vollzug entstandenen 100 Plätze – bis auf die Einzelmaßnahmen – der Sozialtherapie sehr ähnlich und werden auch seit etwa 2008 von der Universität Heidelberg evaluiert (vgl. auch <http://bios-bw.de/behandlungs-abteilungen.html> [12.05.2014]).

In der Praxis erhöhen sich derzeit wegen der allgemein niedrigen Gesamtauslastung von bundesweit lediglich 73 % zum Stichtag 31. März 2013 sicherlich grundsätzlich die Chancen auf eine sozialtherapeutische Behandlung.

Tab. 3: Situation der (sozialtherapeutischen) Haftplatzkapazitäten und der tatsächlichen Belegung (länderbezogen) zum 31.03.2013

Bundesland	Haftplätze	Gef. (Belegung)	Haft-Auslastung in %	Anzahl SothAs	SothA-Haftplätze (Kapazität)	SothA-Gef. (Belegung)	SothA-Auslastung in %
BW	7.793	5.591	71,7	4	168	142	84,5
BY	11.892	9.198	77,3	16	337	315	93,5
BE	4.607	3.641	79,0	3	232	182	78,4
BB	2.117	1.199	56,6	2	94	80	85,1
HB	748	533	71,3	0	0	0	0
HH	2.403	1.297	54,0	2	181	150	82,9
HE	5.933	4.213	71,0	2	158	153	96,8
MV	1.491	1.119	75,1	2	72	68	94,4
NI	6.830	4.457	65,3	11	297	266	89,6
NW	19.241	14.473	75,2	9	234	223	95,3
RP	3.534	2.889	81,7	4	119	112	94,1
SL	973	720	74,0	2	46	46	100,0
SN	3.820	2.958	77,4	3	158	137	86,7
ST	2.266	1.716	75,7	2	95	55	57,9
SH	1.645	975	59,3	2	69	67	97,1
TH	1.950	1.583	81,2	2	88	84	95,5
Summe	77.243	56.562	73,2	66	2.348	2.080	88,6

Seit dem Gesetz zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I, 2425; vgl. auch A.2) dürfte sich der Ausbau sozialtherapeutischer Haftplätze jedoch insofern für die „Ursprungsklientel“ relativieren, als dass dadurch die Vollzeugs-einrichtungen bei Gefangenen mit (angeordneter bzw. vorbehaltener) Sicherungsverwahrung zukünftig größere Anstrengungen unternehmen müssen, um diese für eine individualisierte Therapie auch tatsächlich zu gewinnen, so dass von einer (zumindest zwischenzeitlichen) Mitnutzung der Sozialtherapie von Sicherungsverwahrten auszugehen ist, sofern nicht tatsächlich eigene Therapieangebote für diese („neue“) Klientel an den jeweiligen Unterbringungsor-ten etabliert werden.

B. Was ist Sozialtherapie? Ziele und Prinzipien wirksamer sozialtherapeutischer Behandlung

Bei besonders rückfallgefährdeten bzw. gefährlichen Straftätern soll insbesondere die Zeit der Inhaftierung genutzt werden, um sie in die Lage zu versetzen, nach Verbüßung ihrer Haftstrafe in Freiheit nicht (wieder) rückfällig zu werden. Da die meisten Sexual- und Gewaltstraftäter wieder in Freiheit entlassen werden (müssen), dient eine erfolgreiche Behandlung dieser Täter auch dem gesellschaftlichen Schutz potentieller Opfer.

Übergeordnetes Ziel ist die **Resozialisierung des Gefangenen**, d. h. während des Vollzugs soll der Gefangene dazu befähigt werden, nach Entlassung ein sozial verantwortliches Leben ohne Straftaten zu führen. Zur Rückfallverhinderung oder zumindest -verminderung ist regelmäßig die Auseinandersetzung mit und die Aufarbeitung der jeweiligen Straftat(en), die auf Verhaltensdefiziten und/oder Persönlichkeitsstörungen der Gefangenen beruhen, notwendig. Nicht jeder ist in diesem Sinne therapierbar bzw. -fähig und/oder therapiewillig. Die Sozialtherapie im Justizvollzug ist keine psychiatrische Einrichtung wie der Maßregelvollzug, auch wenn in der Praxis teilweise der Eindruck geäußert wird, die Klientel hätte sich im Vergleich zu den Anfängen in diesem Sinne gewandelt. **Integrative Sozialtherapie** zeichnet sich durch Beziehungsarbeit im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft unter interdisziplinärer Anwendung pädagogischer, psycho- und arbeitstherapeutischer Vorgehensweisen bei Berücksichtigung des gesamten Lebensumfelds des Klienten, also innerhalb und außerhalb der SothA aus (zu diesem ganzheitlichen Ansatz vgl. z. B. Rehn 2012 bzw. Wischka & Specht 2001).

Meta-Evaluationen in den 1990er Jahren (z. B. Lösel 1994, Egg et al. 2001), d. h. Analysen von Rückfallstudien mit behandelten und unbehandelten Straftätern (unabhängig vom Anlassdelikt), haben gezeigt, dass angemessene Behandlung nach bestimmten Prinzipien wirksam sein kann. Inzwischen geht es also weniger um die Frage, ob Täter-Behandlung im Sinne einer Rückfallreduzierung überhaupt möglich (und sinnvoll) ist, sondern welche Behandlung wie bei wem ansetzen muss (Suhling & Wischka 2013: 48; vgl. dazu auch F.3). Wichtig ist daher die sorgfältige Auswahl der Probanden sowie die Passung der Behandlungsmaßnahmen. Eine unangemessene Maßnahme kann sogar einen gegenteiligen, negativen Effekt haben.¹⁸

In der Praxis von Behandlungsmaßnahmen hat sich die im Rahmen einer Meta-Evaluation getroffene Unterscheidung zwischen Risiko-, Bedürfnis und Ansprechbarkeitsprinzip (risk-, need-, responsivity-principle, **RNR**; Andrews

18 Für ein solch (zunächst) negatives Beispiel unangemessener Behandlung vgl. Egg 2014.

et al. 1990, Andrews & Bonta 2010) als empirisch gesicherte Kerngrundsätze effektiver Behandlung durchgesetzt (zur Ausdifferenzierung dieses Risikomanagementansatzes vgl. auch Mann & Carter 2012; zusammenfassend Egg 2014; kritisch dazu Göbbels & Zimmermann 2013):

- Beachtung des Risikoprinzips: Behandlungsmaßnahmen werden in ihrer Intensität auf das Kriminalitätsrisiko des jeweiligen Täters abgestimmt. Bei schwer gestörten Klienten ist von kurzzeitigen Behandlungsprogrammen kein Erfolg zu erwarten. Das heißt, je höher das Rückfallrisiko des Klienten, desto intensiver sollte die Maßnahme sein. Bei Hochrisikogruppen sollte also frühzeitig mit intensiven Behandlungsmaßnahmen interveniert werden. Eine Mischung von Tätern mit verschiedenen Rückfallniveaus bei der (Gruppen-)Behandlung sollte möglichst vermieden werden.
- Beachtung des Bedürfnisprinzips: Kriminogene Faktoren werden aus der spezifischen Risikodiagnose abgeleitet. Die Behandlung setzt dann an diesen dynamischen Risikofaktoren für die Rückfälligkeit an. Im Allgemeinen gilt es also antisoziale bzw. prokriminelle Einstellungen und Attributionen zu verändern, indem man sozialere (gewaltlose) Problemlösungsfertigkeiten einübt; mögliche antisoziale Kontakte sollten durch stärkere Bindungen an nicht-kriminelle Personen neutralisiert werden. Eine Voraussetzung ist dabei oft auch die Beseitigung von Substanzabhängigkeiten.
- Beachtung des Ansprechbarkeitsprinzips: Für eine erfolgreiche Behandlung ist es notwendig, dass der Klient von der Maßnahme auch profitieren kann, d. h. Maßnahmen sollten strukturiert, kognitiv-verhaltensorientiert, multimodal und übend sein, so dass sie beispielsweise der Lerngeschwindigkeit und dem -stil der Klienten entspricht. Aus den jeweiligen therapeutischen Ansätzen können dann strukturierte Konzepte mit zahlreichen Techniken abgeleitet bzw. entsprechende Therapiemanuale ausgearbeitet werden.

Im Folgenden werden die relevanten Prinzipien der erfolgreichen Straftäterbehandlung (vgl. Lösel 1993, Lösel & Bender 1997) für den Vollzug zusammenfassend vorgestellt (Wischka 2001: 28 ff.):

Arbeitsgrundlage sollte ein **theoretisch fundiertes Behandlungskonzept** sein, das Ziele, Möglichkeiten, eventuelle Spezialisierungen und Grenzen der Behandlung klar definiert. Die eigene Behandlungs-Ausrichtung transparent zu machen, impliziert auch eine fortlaufende empirische Begleitung der sozialtherapeutischen Arbeit und dient nicht zuletzt der Außendarstellung der Sozialtherapie. Am effektivsten haben sich bisher kognitiv-behaviorale Metho-

den erwiesen (vgl. auch Suhling & Wischka 2013: 48 ff.; Schmucker 2004; Lösel & Schmucker 2005), die bei einigen Sexualstraftätern (vor allem im Maßregelvollzug; vgl. Bussmann & Finger 2009) ggf. unterstützt werden durch somatische Methoden (Pharmakotherapie; vgl. dazu auch Hill et al. 2005: 83 ff. sowie Briken et al. 2011 sowie Rösler & Witztum 2000).¹⁹

Das alltägliche Leben findet innerhalb des spezifischen Settings Sozialtherapie statt, so dass das gesamte therapeutische Arrangement von Bedeutung ist. Ein **klar strukturierter institutioneller Rahmen** mit eindeutigen, transparenten Entscheidungsabläufen, Rechten, Pflichten und Verantwortlichkeiten fördert ein positives, normorientiertes Institutions-/Lern-/Therapie-klima (zum Zusammenhang zwischen sozialem Klima, Behandlungsmotivation und -erfolg vgl. Suhling et al. 2009); dies soll dem Klienten einerseits zur Lebensstrukturierung helfen und andererseits dazu dienen, ihn in geeigneter Weise mit kriminalitätsfördernden Kognitionen zu konfrontieren (Realisierung der Behandlungsintegrität). Konsequenz und Kontrollen spielen dabei neben grundsätzlicher Akzeptanz und Achtung eine wichtige Rolle. Ziel ist dabei die Neutralisierung kriminogener Netzwerke und die Reduzierung negativer Haftereffekte. Vergünstigungen sind an konkrete Verhaltensindikatoren geknüpft, so dass Manipulationsversuche erschwert werden. Mit zunehmendem Behandlungserfolg sollte eine Verschiebung der sozialtherapeutischen Grundhaltung in Richtung der Grundhaltung einer ambulanten Psychotherapie möglich sein (vgl. *Abbildung 6*).

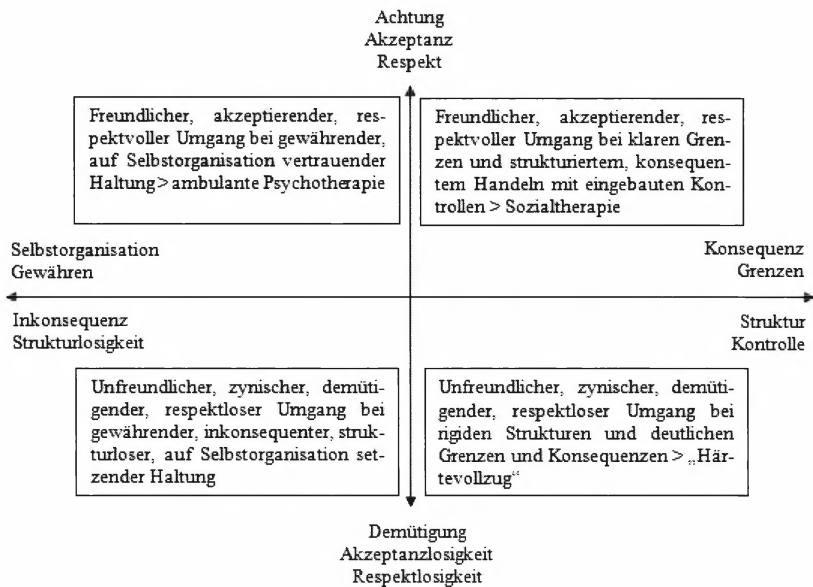
Erfolgreiche Behandlung hängt nicht zuletzt von der Kompetenz und Motivation des gesamten Personals ab (zur therapeutischen Beziehung bei der Behandlung von Straftätern vgl. Pecher & Stark 2012 sowie E.3). Daher sollten die **Mitarbeiter** sorgfältig im Hinblick auf spezifische forensisch-therapeutische Kenntnisse und Fertigkeiten sowie einer Sensitivität für die besonderen Probleme bei einer Therapie unter Haftbedingungen (wie z. B. Manipulationen und andere destruktive Prozesse im Umgang mit antisozialen Persönlichkeiten) ausgewählt werden. Schulungen und Supervisionen sollten im Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und institutionenübergreifend erfolgen.

Um eine geeignete Auswahl aus den vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten treffen zu können, ist eine umfassende differenzierte **Diagnostik** notwendig

19 Prinzipiell ist in Deutschland nach dem Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden (KastrG) von 1969 dieser durch einen Arzt vorgenommene chirurgische Eingriff beim Menschen nach dessen Einwilligung erlaubt, wenn wegen erhöhten Geschlechtstriebes die Gefahr rechtswidriger Taten im Sinne der §§ 176 bis 179, 183, 211, 212, 223 bis 227 StGB bestehe (vgl. zur Entwicklung der chemischen Kastration in den USA z. B. del Busto & Harlow 2011).

(möglichst anhand einheitlicher Klassifikationssysteme wie DSM-IV oder ICD-10). Zudem sollte jeder Therapieprozess diagnostisch begleitet werden, um den Fortschritt der Therapie dynamisch zu dokumentieren, d. h. zur Befunderhebung am/zum Beginn der Behandlung treten entwicklungsbezogene Daten und tatspezifische Informationen, die soweit wie möglich auf die Wahrnehmungs-, Denk- und Verhaltensschemata der Täterpersönlichkeit bezogen werden. Im Rahmen der Diagnostik geht es also nicht nur um die für Entlassungs- bzw. Lockerungsfragen bedeutsamen Gefährlichkeits- oder Risikoprognozen.

Abb. 5: Grundhaltungen in Arbeitsbeziehungen (in Anlehnung an Wischka 2001: 30)



Wirksam sind **sozialtherapeutische Maßnahmen**, die an den kriminogenen Faktoren ansetzen und prosoziale Denkmuster und Fertigkeiten wie Selbstkontrolle individuell über die Aktivierung und Stärkung persönlicher Ressourcen fördern. Protektive Faktoren sind u. a. tragfähige emotionale Beziehungen zu prosozialen (Bezugs-)Personen, kognitive Kompetenzen, soziale Unterstützung sowie Erfahrungen der Selbstwirksamkeit in nicht-kriminellen Bereichen. Im Zuge dessen lässt sich in die Resozialisierungstherapie auch das sog.

Good Lives Modell (GLM) integrieren, das dem RNR-Modell gegenüber komplementär einzuordnen ist. Entgegen den klassischen auf Risikomanagement basierenden Therapieansätzen wird im GLM der Fokus nicht auf den Abbau von Defiziten (d. h. die Reduktion dynamischer Risikofaktoren) zur Sicherung von Rechtsgütern der Gesellschaft, sondern explizit auf den Aufbau von Ressourcen und Fähigkeiten sowie Motivation, Kognitionen und Persönlichkeit zur Verbesserung der Lebensqualität des Delinquenten gelegt (vgl. z. B. Göbbels et al. 2013).

Grundannahme dieses ressourcenorientierten Ansatzes ist hierbei, dass es vielen Straftätern an Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Erfüllung von Grundbedürfnissen auf prosoziale Weise mangelt. Diese universalen Bedürfnisse sind im GLM als primäre Bedürfnisse definiert²⁰ und beinhalten Bewusstseinszustände, persönliche Charakteristika und Erfahrungen, nach denen ein jeder Mensch strebt, wie insbesondere Selbstwirksamkeit, emotionale Ausgeglichenheit und Bezogenheit (im Sinne von Beziehungen). Diejenigen Verhaltensstrategien, die zur Befriedigung der primären Bedürfnisse eingesetzt werden, werden im GLM als sekundäre/instrumentelle Bedürfnisse bezeichnet und beinhalten konkrete Möglichkeiten zur primären Zielerreichung. So könnte das primäre Bedürfnis nach innerer Verbundenheit von einer Person durch eine Liebesbeziehung befriedigt werden, während eine andere die Erfüllung in einer engen Freundschaft findet. Ebenso kann ein sexueller Übergriff als Ver-

20 Folgende primäre Güter (mit ausschließlich mit intrinsischem Wert) werden postuliert: „1. Leben (gesund leben und funktionieren), 2. Wissen (wie gut informiert man über die Dinge ist, die einem wichtig sind), 3. Erleben von Kompetenz in Freizeit (Hobbys und Entspannung), 4. Kompetenz in Arbeit (z. B. Erfolgserlebnisse), 5. Kompetenz in freier Entscheidung [Autonomie („agency“), Handlungsfähigkeit, Selbstbestimmtheit], 6. innere Ruhe (Gelassenheit, Abwesenheit von Stress und emotionalem Aufruhr), 7. Verbundenheit (intime, romantische, und familiäre Beziehungen), 8. Gemeinschaft (Verbindung mit einer größeren Gruppe), 9. Spiritualität (im weiteren Sinne; Sinn und Erfüllung im Leben), 10. Freude (glücklich sein), 11. Kreativität (sich selbst ausdrücken)“ (Göbbels et al. 2013: 127 bzw. Franqué & Briken 2013: 23f.: „1. Leben: körperliche Bedürfnisse und Faktoren, die für ein gesundes Leben und eine physische Funktionsfähigkeit bedeutsam sind; 2. Wissen: das Bedürfnis, bestimmte Dinge über sich selbst, andere Personen oder die natürliche Umgebung zu verstehen; 3. Vortrefflichkeit in Spiel und Arbeit: das Bedürfnis, Aktivitäten aufzunehmen und sich in diesen fortlaufend zu verbessern; 4. Autonomie: das Bedürfnis, eigene Ziele zu formulieren und diese in selbstbestimmter Art und Weise zu verfolgen, ohne durch andere hierin beeinträchtigt zu werden; 5. innerer Frieden: das Bedürfnis, mit Gefühlen umzugehen und einen Zustand emotionalen Ausgleichs erreichen zu können; 6. Verbundenheit: das Bedürfnis, warme und liebevolle Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten; 7. Gemeinschaft: das Bedürfnis, sozialen Gruppen anzugehören, die die eigenen Werte, Sorgen und Interessen teilen; 8. Spiritualität: das Bedürfnis, im eigenen Leben Bedeutung und Sinn zu finden; 9. Glück: das Bedürfnis nach Vergnügen, einschließlich sexueller Zufriedenheit sowie der Erfahrung, mit dem eigenen Leben einverstanden und zufrieden zu sein; 10. Kreativität: das Bedürfnis nach Neuem und Erfinderischem, anderen Herangehensweisen oder dem Hervorbringen von neuen, künstlerischen oder kreativen Werken.“

such interpretiert werden, das primäre Gut von Verbundenheit auf direkt-kriminelle Weise zu erreichen, wenn die Person beispielsweise keine intime Beziehung mit einem Erwachsenen einzugehen vermag und darüber hinaus in ihrer derzeitigen Umwelt keine Gelegenheiten zum Aufbau einer solchen Beziehung hat. Ein indirekter Weg liegt dann vor, wenn Strategien in Reaktion auf sich verändernde Lebensumstände (z. B. Ende einer Intimpartnerschaft und Einsamkeitsgefühle) das Risiko für Delinquenz erhöhen (z. B. Kontrollverlust durch Alkoholkonsum zur Emotionsregulation) (Franqué & Briken 2013: 24).

Die Umsetzung des GLM erfolgt mittels eines strukturierten Interviews bzw. Fragebogens, mit dem zunächst die sog. primären Güter, d. h. die Prioritäten, Bedürfnisse und Werte des Probanden (sowie ggf. deren Veränderung über die Zeit) im Sinne eines impliziten Lebensplans identifiziert werden. „Die Identifikation des zentralen primären Guts stellt dabei eine besonders wichtige Aufgabe dar, da dieses höchst wahrscheinlich mit der praktischen Identität eines Menschen assoziiert ist. Schließlich ist die genaue Beschaffenheit des Zusammenhangs zwischen Straftat und primären Gütern (direkt oder indirekt) zu bestimmen.“ (Franqué & Briken 2013: 25), d. h. in einem zweiten Schritt werden dann Strategien identifiziert: Was hat der Proband in der Vergangenheit getan, um primäre Güter zu erreichen und wie hat das Verhalten bzw. haben seine Handlungen anderen (nicht) geschadet? Drittens geht es um die Identifikation von Stärken und Fähigkeiten, d. h. welche effektiven Strategien (z. B. Emotionsregulation) wurden bisher eingesetzt, die keiner Person geschadet haben? Über ein Verständnis der eigenen Kriminalitätsentwicklung und eine Analyse der Auswirkungen der eigenen ineffektiven Strategien auf straffälliges Verhalten wird versucht, die Faktoren zu fördern, die ein straf-freies Verhalten begünstigen. Indirekt werden so dynamische Risikofaktoren bearbeitet, die mit einer prosozialen, zufriedenstellenden Lebensführung interferieren (vgl. dazu Willis et al. 2012). Über diesen Zugang einer funktionalen Analyse von Biografie und Straftat im Hinblick auf subjektiv bedeutsame Güter lässt sich eine Veränderungsmotivation wahrscheinlich eher erzielen als aus einer rein risikoorientierten Gesellschaftsperspektive heraus; gleiches gilt für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (Franqué & Briken 2013: 26 f.)

Die **Entlassung** sollte sorgfältig abgestuft in Form von Lockerungen vorbereitet werden. Nur auf diese Weise hat der Gefangene die Möglichkeit, das innerhalb der Sozialtherapie Erlernte schrittweise in einem überschaubaren Rahmen in Freiheit umzusetzen (zur Notwendigkeit von Erprobungsräumen bei der Behandlung von Straftätern innerhalb und außerhalb der Mauern vgl. auch Wischka 2011, 2012). Neben dem gezielten Einsatz von speziellen

Rückfallvermeidungsprogrammen sollte jeder Entlassene wissen, an wen er sich in Notlagen und schwierigen Situationen wenden kann (ambulante Nachsorge und Krisenintervention).

All diese Aspekte werden im Rahmen des Projekts „Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug“ über verschiedene methodische Zugänge berücksichtigt: Als Arbeitsgrundlage der Einrichtungen wurden zunächst deren schriftliche Konzepte herangezogen (vgl. C.1) und um leitfadengestützte Befragungen der Bediensteten erweitert (vgl. C.2) sowie anhand schriftlicher Zusatzbefragungen zur jährlichen Stichtagserhebung der KrimZ ergänzt (vgl. C.3). Auf diese Weise findet zwar keine – wie vom Bundesrat 2003 auf Antrag Bayerns (BR-Drucksache 851/02) möglicherweise implizit geforderte – länderübergreifende Wirkungsevaluation von Behandlungsmaßnahmen statt, jedoch wird ein Überblick über die derzeitige sozialtherapeutische Landschaft Deutschlands geliefert.

C. Methodische Überlegungen

C.1 Die Behandlungskonzepte in der Sozialtherapie

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass für die Führung einer therapeutischen Institution neben einem Organisations-, Personal- und Finanzkonzept auch ein Behandlungskonzept unabdingbar ist. Dazu zählen Feststellungen über die aufzunehmende Klientel, die Zielsetzungen der Behandlung sowie die durchgeführten therapeutischen Maßnahmen und Programme einschließlich sozialer Hilfen. Die Behandlungskonzepte der Einrichtungen wurden im Rahmen der Stichtagserhebung zum 31. März 2011 Gegenstand des Forschungsinteresses, um sich im Sinne einer Bestandsaufnahme einen fundierteren Überblick über die durchgeführten Behandlungen und deren äußere Rahmenbedingungen zu verschaffen. Ziel war es, die sozialtherapeutische Behandlung, unabhängig von therapeutischer Ausrichtung und Behandlungsphilosophie, vergleichbar zu machen.²¹

Für die einrichtungs- und länderübergreifende Analyse der Behandlungskonzepte wurden in Anlehnung an das Niedersächsische Rahmenkonzept von 2010, das verbindliche Eckpunkte für die Behandlungskonzepte der elf sozialtherapeutischen Abteilungen (SothA) des Landes festlegt,²² insgesamt 93 valide, aussagekräftige Kriterien entwickelt, die die verschiedenen Bereiche sozialtherapeutischer Behandlungs- und Alltagsaspekte berücksichtigen (vgl. Anhang). Um die Güte der Messung zu erhöhen, d. h. um ungenaue Auswerter-Interpretationen zu vermeiden und somit eine möglichst hohe Interrater-Reliabilität sicherzustellen, werden die inhaltlichen Punkte mittels dichotomer Variablen erfasst (vorhanden/nicht vorhanden).²³

Im Erhebungsjahr 2011 gab es in Deutschland insgesamt 61 sozialtherapeutische Einrichtungen, von denen 58 ihr zum diesem Zeitpunkt aktuelles Behandlungskonzept übersandten.²⁴ Einschränkung ist anzumerken, dass sich die

21 Für die exemplarische Vorstellung des sozialtherapeutischen Behandlungskonzepts der JVA Waldheim vgl. Wößner & Brinkmann 2012.

22 Verfügbar unter: www.justizportal.niedersachsen.de/download/56054 [10.10.2011].

23 Im Rahmen der Auswertung konnten daher nur jene Items analysiert werden, die im Text des zugeschickten Konzepts eindeutig benannt waren. War dies nicht der Fall, wurden sie mit "k. A." (keine Angabe) vermerkt und gingen als "fehlend" in die Berechnungen ein. In diesem Zusammenhang ergab sich der Untersuchungspunkt der "fehlenden Items" als besonders ergiebiges Kriterium.

24 Die Konzepte folgender Einrichtungen lagen bis März 2012 nicht vor. Wegen der auch zeitlichen Vergleichbarkeit der bereits vorliegenden Konzepte konnten die niedersächsischen Einrichtungen Lingen, Uelzen und Vechta (Frauen) daher nicht berücksichtigt werden; gleichwohl die Einrichtungen Niedersachsens vom Justizministerium gehalten waren, bis Ende 2011 die Überarbeitung ihres Konzept vor dem Hintergrund des entwickelten Rahmenkonzepts abge-

zugesandten Behandlungskonzepte hinsichtlich ihrer Aktualität sehr unterscheiden; so galt das älteste bereits seit Dezember 2002, also (zumindest auf dem Papier) fast 10 Jahre lang. Während die Konzepte der niedersächsischen Einrichtungen im Durchschnitt im November 2011²⁵ erstellt wurden, entstanden die brandenburgischen Konzepte rein rechnerisch im August 2006.

Im Allgemeinen lässt sich bereits an dieser Stelle festhalten, dass sich in vielen Bereichen eine ausgesprochene Heterogenität zwischen den Bundesländern und den einzelnen Einrichtungen zeigte. So schwankt beispielsweise der Umfang der Konzepte (ohne Anhang) beträchtlich: Die Spannbreite liegt zwischen 3 und 100 Seiten; durchschnittlich haben die Konzepte einen Umfang von 29,1 Seiten. Auffällig dabei ist, dass die Konzepte von 19 Einrichtungen mit jugendlicher Klientel mit durchschnittlich 26,2 Seiten etwas weniger umfangreich sind als die der drei Einrichtungen für Frauen (30,7) bzw. die der 36 Einrichtungen für Männer (30,5). Im Bundesländervergleich finden sich in Schleswig-Holstein die kürzesten Konzepte mit $\bar{x}$ 6 Seiten und in Mecklenburg-Vorpommern mit $\bar{x}$ 59 Seiten die längsten. Die vorliegenden Konzepte sind hauptsächlich textlastig; 50 % der Konzepte beinhalten keine Abbildungen, die durchschnittliche Anzahl an Abbildungen aller Art liegt bei 3 pro Konzept (Spannweite 0 bis 22). 14 Konzepte enthalten einen Anhang.

Allerdings kann weder vom Umfang noch von der Aktualität eines Konzepts zwangsläufig auf dessen inhaltliche Qualität geschlossen werden. So ergab sich als eine der aussagekräftigsten Kategorien die der "fehlenden Items", also jener, die in der Beschreibung des SothA-Programms schlicht unerwähnt blieben. Durchschnittlich fehlten 28,9 % der Items, wobei die Spanne von 7,5 % (Würzburg) bis 86 % (Euskirchen) reicht. Auch zwischen den Ländern ergeben sich teils deutliche Unterschiede (MV 17,8 %, ST 52,7 %). Erstaunlich ist, dass – obwohl das niedersächsische Rahmenkonzept die Grundlage der abgefragten Itemliste bildete – auch in diesem Bundesland bei durchschnittlich 25 Items pro Konzept keine Angabe (k. A.) gemacht wurden. Betrachtet man die Einrichtungen nach Klientel, so unterscheiden sich hinsichtlich der fehlenden Angaben Männer-Einrichtungen (35,9 %) kaum von denen für Jugendliche (35,4 %); in den Konzepten der drei Frauen-Einrichtungen fehlten zu durchschnittlich 28,7 % der Items entsprechende Informationen.

Vor allem im Bereich der Lockerungs- und Entlassungsverfahren machten 40 von 58 Einrichtungen (69 %) keine oder nur unzureichende Angaben. Bei der

schlossen zu haben. Daher wurde der für die Überlassung der (neuen) Unterlagen die Frist bis zur nächsten Stichtagserhebung im März des Folgejahres ausgedehnt, so dass der Erhebungszeitraum genau ein Jahr (03/2011 bis 03/2012) umfasst.

25 Zur Erklärung dieses Phänomens vgl. vorherige Fußnote.

Trennung zum Normalvollzug ($29/58 = 50\%$), den Rechten und Pflichten der Insassen ($36/58 = 62,1\%$), der Supervision ($19/58 = 32,8\%$), dem Angebot an Sport-, Freizeitaktivitäten u. ä. ($50/58 = 86,2\%$) sowie der Zuständigkeit für die Therapieangebote ($30/58 = 51,7\%$) sind gleichfalls große Lücken in den schriftlichen Aufzeichnungen zu verzeichnen; auf diese genannten Bereiche wird im Einzelnen in Abschnitt D eingegangen.

C.2 (Leitfadengestützte) Interviews mit den Bediensteten

Unabhängig von den Behandlungskonzepten leisten die Mitarbeiter der SothA in ihrer praktischen Arbeit sicherlich mehr, auch wenn dies in ihren Konzepten nicht vermerkt ist, was für Außenstehende, die sich (zunächst) nur auf die repräsentativen Unterlagen (d. h. das Konzept) stützen können, jedoch nicht sichtbar wird. Auch mittels eines standardisierten Fragebogens kann die Vielfalt der sozialtherapeutischen Konstellationen kaum gänzlich differenziert erfasst werden, wie die Erfahrungen bei der Umstrukturierung der räumlichen Gegebenheiten bei der jährlichen Stichtagserhebung²⁶ und deren zweimalige Ergänzung durch Zusatzfragen im Rahmen dieses Projekts gezeigt haben.

C.2.1 Interviewthemen und Leitfaden

Zur Verbesserung der Aussagekraft der Studie wurden vertiefende, halbstrukturierte Interviews mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen in ausgewählten Einrichtungen geführt, um die spezifischen Bedingungskonstellationen zwischen (Gesamt-)Struktur, Räumlichkeiten, zeitlichen Planungen und Personal(kompetenzen) sowie den damit verbundenen Kosten (insbesondere auch im Bereich der Fortbildung und Supervision) besser zu erfassen. Konkrete Fragestellungen, die sich nicht zuletzt aufgrund der insgesamt eher lückenhaften Behandlungskonzepte ergaben, konnten so vor Ort in einem vertraulichen Rahmen erfolgreich(er) thematisiert werden. Zugleich diente der Besuch auch dazu, die räumlichen Gegebenheiten und Abläufe in Augenschein zu nehmen.

Der entwickelte Leitfaden umfasste folgende Themenbereiche: Ziele und Indikationskriterien, strukturelle und prozessuale Bedingungen, Räumlichkeiten, vollzugliche Freiheiten und Öffnung des Vollzugs, Behandlung, Evaluation und Sicherungsverwahrung (vgl. H.5). Besondere Schwerpunkte waren dabei

26 Im Rahmen der Stichtagserhebung 2011 erfolgte im Zuge der allgemeinen Fragebogenüberarbeitung die Auflösung der Abfrage der räumlichen und personellen Mindestanforderungen in der bisherigen Form, um genauere Angaben zu erhalten, da in den letzten Jahren die Kategorie „teilweise“ zunehmend besetzt wurde; zu den (Erhebungs-)Problemen vgl. Niemz 2011.

die vielfach erwähnte modifizierte Durchführung von Behandlungsprogrammen in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen und deren Gründe bzw. Überlegungen dazu. Vor dem Hintergrund der Zunahme des Anteils von (älteren) Gefangenen mit längeren Haftstrafen oder auch Maßregeln war auch die subjektive Einschätzung der Praktiker im Hinblick auf in der jeweiligen Klientel liegende Gründe für einen Abbruch oder eine Rückverlegung interessant. Gleichfalls sind für eine erfolgreiche Behandlung auch „weiche“ Faktoren wie das Behandlungsklima von Bedeutung. Ob und wie sich eine positive (Arbeits-)Atmosphäre unter den geforderten Sicherheitsaspekten herstellen lässt bzw. sich die angespannte politische Lage auf Lockerungen – die als Lernanreiz und zur Erprobung des in der Therapie Gelernten unerlässlich sind – auswirkt, wurde ebenfalls im Rahmen des Expertengesprächs thematisiert.

Insgesamt ging es also zum einen darum, möglichst valide zu erfassen, wie die Realität in den vertretenen Einrichtungen bezüglich dieser Aspekte aussieht. Zum anderen war darüber hinaus von Interesse, wie die Realität nach den Vorstellungen dieser Praktiker aussehen sollte, wenn man eine optimale Behandlung erreichen möchte und schließlich, was man tun könnte und müsste, um den gewünschten Zustand herzustellen (zu möglichen Problemfeldern vgl. F.3).

C.2.2 Auswahl der untersuchten Einrichtungen

Mit dem Ausbau der sozialtherapeutischen Einrichtungen in den letzten Jahren ist es zu einer Diversifizierung sozialtherapeutischer Konzepte und Herangehensweisen gekommen. Welche Gefangenen mit welchen Methoden mit welchen Zielen unter welchen Rahmenbedingungen behandelt werden, variiert stark innerhalb der Bundesrepublik. Insgesamt befindet sich der gesamte Vollzug in einer Umbruchphase – nicht zuletzt durch die weitreichenden Gesetzesänderungen, auch aufgrund der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Sicherungsverwahrung (vgl. A.2). Ziel war es daher, die Frage zu beantworten, was Sozialtherapie in Deutschland derzeit heißt und welche Bandbreite es dabei gibt.

Die Auswahl der näher zu untersuchenden Einrichtungen erfolgte nach qualitativen Kriterien. So wurde angestrebt, sowohl eigenständige Einrichtungen als auch Abteilungen zu besuchen. Von den 2011 existierenden 61 Einrichtungen waren nur sieben Einrichtungen tatsächlich eigenständig (Berlin-Tegel 1970; Erlangen (BY) 1972; Ludwigshafen (RP) 1972; Gelsenkirchen (NW) 1975; Asperg (BW) 1976; Kassel II (HE) 1980; Hamburg 2000). Bis auf die 2001 eröffnete Anstalt, die seit 2010 in eine Abteilung der JVA Halle (ST) umgewandelt wurde, handelte es sich hierbei ausschließlich um ältere, d. h. über 10 Jahre bestehende Einrichtungen für Männer in Westdeutschland. Dif-

ferenziert man nach Klientel, so waren sowohl Jugendliche (N = 18) als auch Frauen (N = 4) ausschließlich in Abteilungen untergebracht. Weiterhin standen 2011 neben den sieben eigenständigen Einrichtungen für Männer 31 Abteilungen zur Verfügung. Besonders in Bayern wird auf eine getrennte Unterbringung von (jugendlichen) Gewalt- bzw. Sexualstraftätern Wert gelegt, die sich bereits in der differenzierten Benennung der Einrichtungen (am gleichen Standort) niederschlägt. Weitere im Sinne eines Theoretical Sampling zu berücksichtigende Kriterien waren die Größe der Einrichtung, die Anzahl der verfügbaren Haftplätze, der Zeitpunkt ihrer Eröffnung, die Bundeslandzugehörigkeit sowie die geographische Lage (nach Ost- bzw. Westdeutschland oder auch Nord-Süd).

C.2.3 Durchführung und Auswertung der Interviews

Von Dezember 2011 bis März 2012 wurden insgesamt neun verschiedene Einrichtungen in vier Bundesländern besucht (vgl. *Tabelle 4*). Die geführten Interviews dauerten zwischen 20 und 180 Minuten; ein Gruppeninterview verteilte sich auf zwei Mal etwa knapp 3 Stunden, unterbrochen von einem Rundgang durch die Einrichtung; insgesamt liegen 41 Stunden Interviewmaterial vor.

Tab. 4: Übersicht über die besuchten Einrichtungen 2011/2012

JVA	Klientel	Bundesland	Eröffnung	Plätze	WGs	Anzahl Interv.
Berlin (Frauen)	Frauen	BE	1988	21	4	3 (G)
Berlin (JSA)	Jugendliche	BE	2008	48	6	3
Berlin-Tegel*	Männer	BE	1970	162	8	6
HH-Fuhlsbüttel*	Männer	HH	2000	163	7	6 (G)
HH-Hahnöfersand	Jugendliche	HH	1988	18	2	2 (G)
Hannover	Männer	NI	1994	52	4	3 (G) + P
Bochum	Männer	NW	2004	15	1	1
Gelsenkirchen*	Männer	NW	1975	57	6	1 (G)
Euskirchen (offen)	Männer	NW	1996	16	2	4 (G)
Summe	9/61	4/15		552/2.262	40/186	
%	14,8	26,7		24,4	21,5	

*(teil-)selbstständige Einrichtungen

Datengrundlage für die Auswertungen der qualitativen Erhebung sind die Transkripte der digital aufgezeichneten erzählgenerierenden, leitfadengestützten Interviews. Angesichts des unterschiedlichen Erzählpotentials sowie der im Arbeitskontext zur Verfügung stehenden Zeit variiert der Umfang der Verschriftlichungen zwischen 8 und 53 A4-Seiten (Times New Roman, 12 pt, einzeilig). Die Transkriptlänge wird auch von der Gesamtzahl der Inter-

viewpartner beeinflusst; teilweise ließ es sich nicht vermeiden, mit mehreren Personen gleichzeitig zu sprechen (sofern unter den in *Tabelle 4* angegebenen Interviews Gespräche mit mehreren Personen, d. h. Gruppeninterviews, sind, ist dies mit „G“ gekennzeichnet). Das transkribiert vorliegende Interviewmaterial umfasst insgesamt 809 Seiten.

In aller Regel erfolgte eine vollständige Transkription der Interviews; Ausnahmen davon liegen vor allem an Unterbrechungen Dritter (wie beispielsweise Klienten, Kollegen); nur sehr wenige Interviewpartner schweiften zu weit vom relevanten Themenbereich ab, was jedoch teilweise auch notwendigerweise zugelassen wurde, um die Vertrauensbildung voranzutreiben und keine Verhöratmosphäre entstehen zu lassen. Die Verschriftlichung soll im Idealfall jeweils von einer zweiten Person Korrektur gelesen werden, d. h. das Interview wird dabei nochmals gehört und ggf. entsprechende Verbesserungen am Text vorgenommen. Auf diese Weise wird vor allem bei sehr starken Dialektfärbungen sichergestellt, dass der Bedeutungsinhalt korrekt erfasst wurde. Zitationen erfolgen in diesem Bericht in anonymisierter Form mittels Kursivschrift.

Die große Herausforderung liegt in der Reichhaltigkeit und Komplexität des Materials, das mit unterschiedlichen Aufbereitungs- und Auswertungsprozeduren – in mehreren Durchgängen, zugeschnitten auf die jeweilige Teilfragestellung – strukturiert und analysiert werden muss. Um alle relevanten Gesichtspunkte und übergreifenden Problemfelder der sozialtherapeutischen Praxis in Deutschland nachzeichnen zu können, hätten – nicht zuletzt aus geographischen Verteilungsgründen – ebenso die südlichen und ostdeutschen Bundesländer im Rahmen von Interviews berücksichtigt werden sollen. Wegen des landesinternen Vergleichs sollten pro Bundesland mindestens zwei Einrichtungen besucht werden. Insofern wären im Idealfall noch mindestens fünf weitere Einrichtungen vertiefend zu untersuchen gewesen.²⁷

27 Angedacht waren die bayerischen Einrichtungen München (Gewaltstraftäter) und München (Sexualstraftäter) sowie Ebrach (Jugendliche) und ggf. Erlangen (Männer, selbstständig). In Baden-Württemberg sollte Offenburg als mit der Einweisungsabteilung und ggf. die selbstständige Einrichtung Asperg besucht werden. In den ostdeutschen Ländern kommen – vor allem aus geographischen Gründen zu Wiesbaden – einige sachsen-anhaltische Einrichtungen in Halle (ehemals selbstständig) sowie die sächsischen Einrichtungen Waldheim (Männer), Regis-Breitungen (Jugendliche) und Chemnitz (Frauen) in Frage. In Hessen und Rheinland-Pfalz wird jeweils nur eine Einrichtung besucht, und zwar Kassel (selbstständig) sowie Ludwigshafen (selbstständig). Zur Ergänzung zu Hannover wurde überlegt, noch die niedersächsischen Einrichtungen Vechta (Jugendliche, Frauen) und Hameln (Jugendliche) zu besuchen. Im Vergleich zu 2011 sind fünf weitere Einrichtungen entstanden. Wegen der einjährigen Unterbrechung des Projekts infolge des Mutterschutzes bzw. der Elternzeit der Bearbeiterin (04/2012 bis 04/2013) sowie des sich allein an der Anzahl der jährlich im Rahmen der Stichtagserhebung zu erfassenden sozialtherapeutischen Einrichtungen erkennbaren erheblichen Verände-

C.3 Ergänzung der jährlichen Stichtagserhebung der Kriminologischen Zentralstelle um spezifische Zusatzfragen

Von der Durchführung einer eigenständigen schriftlichen Befragung (wie im Vorgängerprojekt) wurde aus mehreren Gründen Abstand genommen. Grundlegende Überzeugung war, dass die Bearbeitung einen erheblichen Mehraufwand in den sozialtherapeutischen Einrichtungen bedeuten würde, mit der Folge, dass – ähnlich wie dies bei den Konzepten der Fall war – schwierig zu beantwortende Fragen ausgelassen würden; sofern sich die Einrichtung überhaupt beteiligt. Allein aus Ressourcengründen wäre es nicht möglich gewesen, alle eingehenden Fragebögen einerseits auf Konsistenz zu prüfen und andererseits fehlenden Item-Antworten einzeln nachzugehen, wie dies die Besonderheit der jährlichen Stichtagsvoll-erhebung der Kriminologischen Zentralstelle ist. Ob unter diesen Umständen Repräsentativität hätte hergestellt werden können, ist fraglich.²⁸ Daher wurde, um die Bearbeitungshemmschwelle zu senken und den Mehraufwand der Einrichtungen in Grenzen zu halten, bei den Stichtagserhebungen 2011 und 2012 spezielle Zusatzfragen angehängt (vgl. H.2 und H.3). Dieses Vorgehen hatte zudem den Vorteil, dass mögliche Vorbehalte der Aufsichtsbehörden gegen größere Erhebungen entfielen. Besonderes Anliegen dieses Forschungsvorhabens ist eben gerade das Fruchtbarmachen der verschiedenen Erfahrungen und Konzepte in der sozialtherapeutischen Behandlung. Für ein vollständiges Bild ist die Unterstützung und Mitarbeit aller Länder gefragt. Nur auf diese Weise kann eine Fort- und Weiterentwicklung durch gegenseitiges Lernen und Inspirieren gelingen.

Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse werden auf der Grundlage der soeben vorgestellten Datenquellen kombiniert dargestellt. In der Regel ergibt sich die Zuordnung aus dem Kontext bzw. ist bei Tabellen/Abbildungen explizit vermerkt.

rung des Forschungsgegenstandes bereits auf struktureller Ebene wurde zugunsten einer detaillierten Auswertung der bereits geführten Interviews von der Erhebung weiterer Fälle zur qualitativen Analyse abgesehen. Neben diesen quantitativen Veränderungen sind nicht zuletzt durch die notwendigen Neuerungen im Bereich der Sicherungsverwahrung auch inhaltliche Auswirkungen/Anpassungen zu erwarten.

- 28 Zudem ließe sich die Vielfalt der sozialtherapeutischen Behandlung im Rahmen einer erneuten quantitativen Erhebung kaum adäquat erfassen. Der Fragebogen zur Behandlung aus dem Vorgängerprojekt enthält daher sehr viele offene Fragen, die für die Auswertung hätten gleichsam einheitlich/sinnvoll kategorisiert werden müssten. Diese Problematik valider Daten zeigte sich bereits bei der veränderten Erfassung der räumlichen Mindestanforderungen.

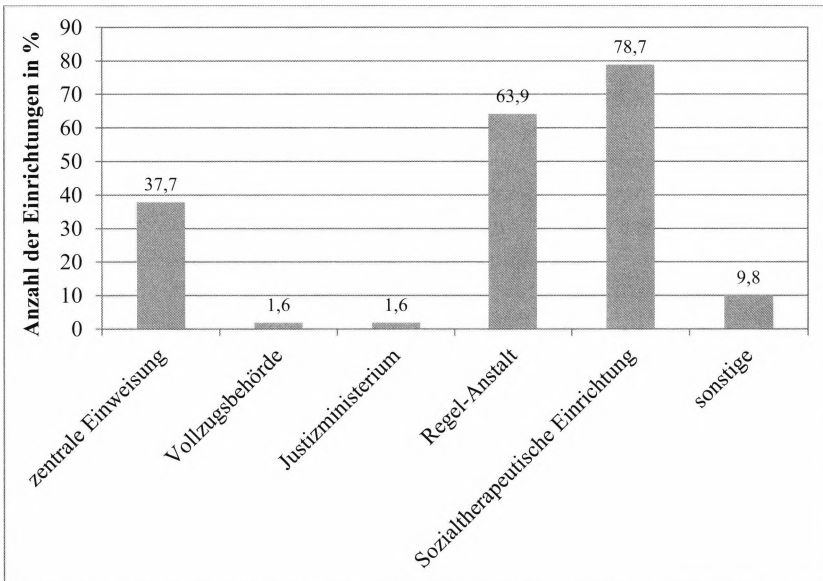
D. Die sozialtherapeutische Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern

D.1 Das Aufnahmeverfahren

Unabhängig von den gesetzlichen Vorschriften empfiehlt es sich, alle Gefangenen bei Haftantritt zunächst einer zentralen Diagnostik (**Indikationsprüfung**) zu unterziehen, damit auf deren Grundlage eine (Nicht-)Empfehlung für die Sozialtherapie ausgesprochen und die Einweisung in die dementsprechende Einrichtung vorgenommen werden kann. Auch bei denjenigen, die von Gesetzes wegen einer Therapiepflicht unterliegen, sind auf diese Weise mögliche Motivationsprobleme etc. bereits im Vorfeld zu erkennen und entsprechend abbaubar.

Im Rahmen der Stichtagserhebung 2011 wurde erhoben, wer die **Verlegung** eines Gefangenen in die sozialtherapeutische Einrichtung prüft (vgl. H.2 und *Abbildung 6*). Wegen der Gesetzgebungskompetenz der Länder müssten die Einrichtungen innerhalb einzelner Bundesländer theoretisch gleich geantwortet haben. Allerdings existieren (auf Gesetzesebene) nur wenige verbindliche Vorschriften, so dass sich die große Heterogenität in der praktischen Handhabung der Zuweisung auch in den voneinander abweichenden Antworten von Einrichtungen eines Bundeslands zeigt (BW, BE, HE, NI – möglicherweise auch in Abhängigkeit der Klientel). *Abbildung 6* zeigt, dass über eine Verlegung in der Mehrzahl der Fälle die aufnehmende sozialtherapeutische Einrichtung – gemeinsam bzw. in Rücksprache – mit der Regel-Anstalt entscheidet.

Abb. 6: Prüfung der Verlegung in die sozialtherapeutische Einrichtung (Zusatz 2011; Mehrfachnennungen möglich)



Zentrale Einweisungsabteilungen mit umfangreicher Diagnostik wie sie beispielsweise in Baden-Württemberg (JVA Offenburg), Berlin (JVA Moabit), Brandenburg (JVA Brandenburg an der Havel), Mecklenburg-Vorpommern (JVA Waldeck), Niedersachsen (JVA Hannover für Sexual- und Tötungsdelikte) und Nordrhein-Westfalen (JVA Hagen; vgl. *Tabelle 5*) vorhanden sind, sprechen in aller Regel nur eine Empfehlung für Therapieart und -ort aus.

In [Bundesland A] erfolgt die Zuweisung zur Sozialtherapie in zwei Stufen: Zunächst prüft die Einweisungsabteilung die prinzipielle **Therapieindikation**: *Und angezeigt ist es eben nach der Einweisungsabteilung eben nur dann, wenn sie mit therapeutischen Mitteln erreichbar sind, damit filtert man eine Gruppe von Leuten aus, für die man nichts tun kann im Moment. Und man filtert die raus, für die es nicht notwendig ist, eine stationäre Therapie zu machen, die zum Beispiel über ambulante Therapiemaßnahmen im Rahmen von Lockerungen genügend erreichbar, behandelbar sind, ohne dass es diese stationäre Maßnahme braucht. Und das führt dazu, dass die Einweisungsabteilung eine ganze Reihe von Sexualstraftätern in den offenen Vollzug verlegt, die hier nie zu uns kommen. [...] Es ist kein geringer Prozentsatz und das führt*

eben-, und ich finde, dass ist eine an der Realität orientierte Fortentwicklung des gesetzgeberischen Gedanken, der sicher mal im Blick hatte, dass die ganz übergroße Mehrheit aller [mittel- und langstrafigen] Sexualstraftäter in so eine geschlossene, stationäre Therapie müssen. Und die Realität in [Bundesland A] ist, dass 50 Prozent hier nicht her kommen. (.) Und ich halte diese Realität nicht für falsch. Und in einem zweiten Schritt, wenn die SothA-Aufnahme geklärt ist, wird die Eingangsdiagnostik bei uns tätig. Die Eingangsdiagnostik macht jetzt ein ganz fein [designiertes] (.) äh diagnostisches-, äh [fe-], hat ein Vorgehen. Die ähm überlegen: Welche Behandlungsziele kann es geben? Sollte ein Mann oder eine Frau mit dem Menschen arbeiten? Ist der gruppenfähig oder eher jemand für die Einzeltherapie? Ist der psychodynamische oder der verhaltenstherapeutische Ansatz vorrangig? Und da kommt dann eben diese Weichenstellung. Das ist unser Eingangsdiagnostikbereich und da findet auch-, wird eine erste prognostische Einschätzung vorgenommen, sodass man schon mal weiß: Ist der jetzt eher ein ganz schwieriger prognostischer oder eher ein leichter Fall? Und ähm das, was die dann entscheiden, (.) ist verbindlich, weil es läuft ja über die fachliche Leiterin und dann gibt es eine Zuweisung an den Bereich. Bei den Frauen hingegen gibt es kein festes Schema, denn: Ich denke, das ist auch ein großer Unterschied bei Frauen und bei Männern. Das ist sicherlich auch eine andere Zusammensetzung, welche Frauen in der Sozialtherapie sind als jetzt vergleichsweise Männer müssen in die Sozialtherapie. Also grad wenn es um die Sexualdelikte geht, die haben wir ja bei Frauen ganz selten nur. Bei uns, ja sind es häufig Frauen mit Kindstötungen, die ein Delikt am eigenen Kind begangen haben zum Beispiel, die sie in der SothA dann finden, das wird bei den Männern nicht der Fall sein. Außer es ist eine ganz andere Ausgangslage, und das ist grundsätzlich gut wenn man erstmal mit ein bisschen Zeit guckt, wer gehört dahin und wer nicht, wobei das nicht ausschließt, dass wir auch Frauen haben, die schon nach kurzer Zeit direkt von hier aus in die Sozialtherapie gehen. Auch das gibt es. Es wird halt eben sehr individuell und sehr gründlich geschaut. Wer gehört dort hin und wer nicht. Festzuhalten bleibt für Frauen aber, dass diese nur höchst selten nach § 9 I StVollzG in die SothA zu verlegen sind: Also bisher hatten wir nie den Fall, dass diese wenigen Frauen, die es betrifft, dass die dann auch nicht gerne freiwillig wollten. Oder bzw. wir hatten mal eine Frau, mit Sexualdelikt, wobei sie eigentlich nur, also sie war wegen Beihilfe verurteilt, und das hatte für sie selber auch keinen Sexualdeliktsscharakter. Und ehm, da haben wir dann nach gründlicher psychologischer Prüfung begründet, warum sie dennoch, obwohl sie wegen eines Sexualdelikts formal verurteilt ist, ehm, warum da kein sozialtherapeutischer Bedarf besteht. Aber ansonsten ist es bei den wenigen Frauen, die tatsächlich derartige Delikte begangen haben auch oft so, dass wir auch selber den Be-

darf verspüren, dass da keine Schwierigkeiten oder Kollisionen besteht. Also ist meine Wahrnehmung.

Tab. 5: Länder mit zentralen Einweisungsabteilungen und deren Zuständigkeiten für Männer

Bundesland	Name der Einweisungseinrichtung	Zuständigkeit
BB	Zentralabteilung Diagnostik (ZaD) bei der JVA Brandenburg an der Havel	Gefangene mit mehr als 3 Jahren Freiheitsstrafe
BE	Einweisungsabteilung in der JVA Moabit	geschlossener Männervollzug
BW	JVA Offenburg	zentrale Diagnoseabteilung, die alle erwachsenen Männer mit entsprechender Straflänge (>2 Jahre) durchlaufen, bei denen eine Sozialtherapie von der Entsendeanstalt in Erwägung gezogen wird
HE	Einweisungsabteilung in der JVA Weiterstadt	Gefangene mit einer Restvollzugsdauer von mehr als 2 Jahren (ausgenommen sind Erstverbußer gemäß den Vorgaben des Vollstreckungsplans)
MV	Diagnostikzentrum bei der JVA Waldeck	Gefangene ab einer Freiheitsstrafe von mehr als 4 Jahren und Straftaten nach den §§ 174-184b, 211-216 StGB
NI	Prognosezentrum bei der JVA Hannover ²⁹	Gefangene, die zu lebenslanger Freiheitsstrafe bzw. wegen Straftaten nach den §§ 174 bis 180, 182, 211 oder 212 des Strafgesetzbuchs oder nach § 323a des Strafgesetzbuchs verurteilt wurden oder für die im Anschluss an die Strafverbüßung eine Unterbringung nach § 63 StGB oder eine Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB angeordnet oder § 66a StGB vorbehalten ist
NRW	JVA Hagen	deutsche Gefangene mit mehr als 2 Jahren bzw. 30 Monaten Freiheitsstrafe
TH	zentrale Aufnahme- und Einweisungsabteilung in der JVA Tonna	alle in Thüringen inhaftierten Erstvollzugler mit einer Freiheitsstrafe von mehr als 1,5 Jahren

Der Ablauf von der Inhaftierung bis zur Verlegung in die SothA unterscheidet in den Bundesländern teilweise deutlich. Zunächst erfolgt die allgemeine *Einweisungsdiagnostik* in entweder einer landesweit zentralen Einrichtung oder in der nach Vollstreckungsplan des Landes für den Gefangenen (letztlich) vorgesehenen Anstalt. Im Zuge dessen erfolgt auch die *Prüfung*, ob die *gesetzlichen*

29 Zum Zeitpunkt der Interviews Anfang 2012 war das seit 2007 bestehende Prognosezentrum noch für die Prüfung der SothA-Indikation nach § 104 NJVollzG für die o.g. Deliktgruppen zuständig. Zwischenzeitlich ist das Prognosezentrum für diese Gefangenen ohne (angeordnete oder vorbehaltene) Sicherungsverwahrung nur noch zuständig, wenn (a) sich der Gefangene zum Strafantritt selbst gestellt hat oder die Vollzugsdauer nicht 18 Monate überschreitet und wenn außerdem (b) nach einer Vorprüfung durch die Justizvollzugsanstalt die Gewährung von Vollzugslockerungen nicht ausgeschlossen erscheint.

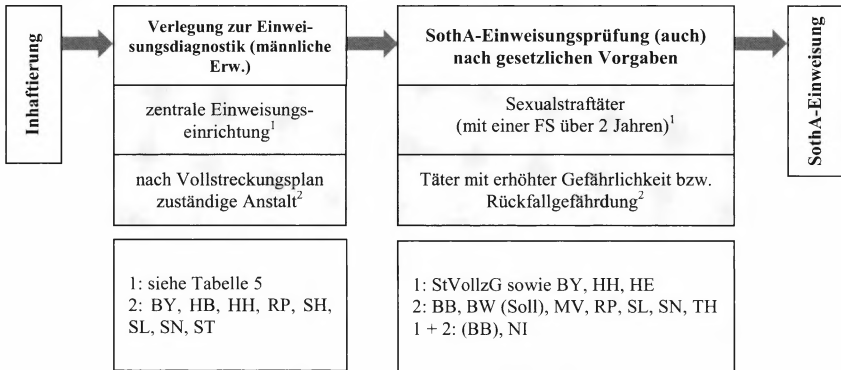
Vorgaben für eine Einweisung in die SothA vorliegen. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür differieren bundesweit (vgl. *Tabelle 5*). In den Bundesländern, in denen das Bundes-Strafvollzugsgesetz gilt, ist eine Einweisung in die SothA bei Sexualstraftätern mit einer Freiheitsstrafe von über 2 Jahren vorgesehen. In den landeseigenen Strafvollzugsgesetzen muss für die Einweisung in die SothA meist eine erhöhte Gefährlichkeit bzw. Rückfallwahrscheinlichkeit vorliegen. Sind die(se) gesetzlichen Vorgaben erfüllt, folgt daraufhin die genauere *SothA-Eignung-* bzw. *Indikationsprüfung*.

Die Unterschiede innerhalb dieses Prozesses können für Gefangene mit dem gleichen Urteil zu einem deutlich unterschiedlichen Verlauf nach der Inhaftierung führen: Ein erwachsener Sexualstraftäter mit einer Freiheitsstrafe von 3 Jahren in Berlin wird in die zentrale Einweisungsanstalt Berlin Moabit eingewiesen. Hier erfolgt die Einweisungsdiagnostik und Prüfung der (gesetzlichen Vorgaben zur) SothA-Eignung. Von dort wird er in die SothA für erwachsene Männer in Berlin-Tegel verlegt, wo der konkrete Behandlungsplan erstellt und die Zuweisung zu einer bestimmten Wohngruppe vorgenommen wird.

Dieser Straftäter würde in Rheinland-Pfalz in die nach Vollstreckungsplan vorgesehene Anstalt eingewiesen, in der im Rahmen der Vollzugs- und Eingliederungsplanerstellung durch den Psychologischen Dienst – nach vorgegebenen landeseinheitlichen Standards in Form eines Indikationsbogens (z. B. BY, MV) – auch geprüft wird, ob eine sozialtherapeutische Behandlung indiziert ist.

Die Entscheidung, inwiefern eine tatsächliche Aufnahme in einer SothA dann auch erfolgt, ist unterschiedlich: So wird dies in RP abschließend erst durch die sozialtherapeutische Einrichtung entschieden, wohingegen in MV die Gefangenen in die SothA direkt zu verlegen sind (vgl. zusammenfassend *Abbildung 7*).

Abb. 7: Das Einweisungsverfahren



Inwieweit eine Spezialisierung im Hinblick auf die Indikationsprüfung sinnvoll ist, vermag an dieser Stelle nicht entschieden werden; als Beispiel wird das seit Mai 2007 bestehende **Prognosezentrum in der JVA Hannover** näher in den Blick genommen: *die Überlegung war damals eine zentrale Prognoseeinrichtung zu schaffen, um einfach auch die Standards von Begutachtung (.) auf eine andere Qualitätsebene zu (.) heben.* Zum Zeitpunkt des Gruppeninterviews im März 2012 war diese Einrichtung zuständig für drei Bereiche:

- Ist das Prognosezentrum einmal im Rahmen der Erstbegutachtung, das heißt {hustet} hier findet die **Behandlungsuntersuchung** für Sexualstraftäter [dann] statt, für Täter, die mit Tötungsdelikten inhaftiert sind. Und im Rahmen dieser Behandlungsuntersuchung wird auch die (.) Sozialtherapieindikation als Empfehlung gestellt. Die (.) Entscheidung wird nachher dann in der ähm der betreffenden JVA (.) getroffen. Das ist so der eine, eine große Part, den wir hier haben.
- Der zweite Bereich ist die **Lockerungsbegutachtung**. Das heißt diese Deliktgruppe, die ich eben genannt habe, (.) soll dann (.) im Zuge der (.) ähm Haft-, wenn es dann darum geht, (.) bekommt der Lockerung oder nicht, hier ein zweites Mal vorgestellt werden. (.) Und hier werden dann, wie gesagt, die-, diese Gefangenen begutachtet mit der Fragestellung "In welcher Art und Form (.) äh von Lockerung können gewährt werden?" (.)

- Hinzu kommt, dass wir das gleiche Prozedere auch bei den Sicherungsverwahrten {räuspert sich} machen, auch wenn sie wegen anderer Delikte die Sicherungsverwahrung bekommen (.) haben.
- Der dritte große Part ähm bei uns, ist die (..) **KURS-Profilierung** [...] Konzeption "Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftätern" kurz KURS genannt. Äh und da werden hier die Risikoprofile erstellt und nach einer Dreiteilung: "A" heißt hochrisikogefährdet, also hoch rückfallge-fährdet. "B" ist die mittlere Kategorie und "C" dann halt äh die Einstufung, dass eine geringe Rückfallgefahr besteht. Das sind unsere drei (.) Standbeine (.) eigentlich, die wir so (.) haben. Personell sind wir ausgestattet mit sieben Vollzeitstellen plus Koordinator.

In dieser kleinen Spezialabteilung wird versucht, das hohe Fallaufkommen dann noch in einer halbwegs überschaubaren Zeit wirklich äh fundiert abzu- arbeiten, also das ist auch wirklich gar nicht so einfach. Also da braucht man heute ja doch auch eine Menge Spezialkenntnisse, so für die Prognoseverfahren. Das ist das Eine. Man braucht auch, denke ich, Berufserfahrung und eine Menge psychologisches Hintergrundwissen, ä::h um dann tatsächlich zu vernünftigen Schlüssen zu kommen. [...] also hätten wir im Leben nicht gedacht. Wir dachten irgendwie "Jeder kann das machen." {lacht} Aber das ist gar-, offenbar, gar nicht so. Weil also gerade diese-, (.) also das Datensammeln, das kann anscheinend noch jeder so. Das ist dann gu::t, aber so wirklich zu einer fundierten Delinquenzhypothese zu kommen und daraus dann auch eine vernünftige Prognose abzuleiten, für den Einzelfall, das ist dann doch ein ziemlich komplexes, mehrstufiges äh Vorgehen, (.) wo man ja doch auch sehr viele verschiedene Informationen auf eine gewisse Weise integrieren muss. So. Und das ist offenbar doch eine Sache, die man irgendwie auch gezielt lernen muss. Die Besonderheit ist, dass im Vollzug äh das quasi schon gutachterlich verbreitet [gemeint ist wohl vorbereitet] wird die Entscheidung, (.) der Vollzug dann die Entscheidung trifft und wenn etwas schief gehen sollte, dann ist der Vollzug komplett im Boot. In anderen Bundesländern wird diese Aufgabe ggf. an externe Gutachter weitergegeben, der gibt eine Empfehlung ab und dann trifft der Vollzug irgendeine Entscheidung. In beiden Fällen sollte jedoch die Empfehlung [...] auch wirklich auf (.) absolut wissenschaftlichen Standards beruhen. Von den Vollzugspsychologen würden die Gutachten des Prognosezentrums lieber gelesen als von externen Gutachtern, bei denen die Gütekriterien manchmal weniger beachtet würden (Stichwort: Qualitätsstandards); ein weiterer Grund könnte auch in deren vergleichsweise schlechterer Institutionenkenntnis liegen. Wegen deren gutachterlicher Freiheit ist der einzige Ausweg bei qualitativ schlechten Gutachten eines Externen, diesen nicht mehr zu beauftragen; allerdings gibt es nicht allzu viele Gutachter, auch deswegen

können die Zeiten zwischen Gutachtenbeauftragung und Vorliegen des Gutachtens mehrere Monate betragen.³⁰ Also *Gutachtertätigkeit ist ein boomen-der Markt, weil es (..) ja einfach so ist, dass bei als gefährlich bezeichneten Straftaten das vor einer vorzeitigen Entlassung immer noch mal ein Gutachten einzuholen (..) ist. Lockerungsbegutachtungen, Sicherungsverwahrte, also das nimmt ständig (..) zu.* Im März 2012 war es so, dass wir diesen einen großen Part, die Erstbegutachtung, ähm komplett nach draußen verlagert haben. Also wir beschäftigen externe Gutachter, die im Grunde genommen, die zentrale Aufgabe des Vollzuges, nämlich eine Behandlungsuntersuchung zu erstellen machen. (..) /I: Okay/ (..) Weil es im Grunde (..) ä:h halt so ist, dass wir diesen Berg an Anmeldungen, den wir seit Jahren vor uns herschieben, überhaupt nicht mehr in den Griff bekommen hätten mit den entsprechenden Nachteilen und auch (..) zur Zeit ist es wieder so, dass äh eine Änderung der Konzeption geplant ist {räuspert sich} in der hauptsächlichen Zielrichtung (..) die Zuständigkeiten (..) zu verändern, also den tatsächlichen personellen Gegebenheiten auch anzupassen.

Das Prognosezentrum spricht auf der Grundlage ihrer Diagnostik eine Empfehlung für Sozialtherapie aus bzw. gibt auch Empfehlungen [..], worauf zu achten ist. Also wir schreiben ja auch nicht nur Indikation "Ja" oder "Nein", sondern wir schreiben ja auch schon ein bisschen „worauf wird da zu achten sein? Was sind vielleicht Therapie-Schwerpunkte? Was sind Therapie-Hindernisse? Wie sollte man vielleicht irgendetwas (..) äh von vorn herein von der Beziehungsgestaltung berücksichtigen? oder so. Ich denke mal, das sind ja auch die Sachen auch, die als hilfreich erlebt werden. In welche konkrete SothA-Einrichtung der Gefangene dann schließlich eingewiesen wird, entscheidet ein Koordinator. Im Gegensatz zu früher, als die jeweilige SothA selbst entscheiden konnte, wen sie aufnimmt, birgt dieses Vorgehen der Fremduweisung gefährlicher Gefangener prinzipiell mehr Konfliktpotential, da sie nun kein Bestimmungsrecht in irgendeiner Form haben und müssen halt mit dem umgehen, was sie (..) geliefert bekommen. Anstatt dankend ablehnen zu können, müssen die Sozialtherapien nun einen (Behandlungs-)Versuch

30 Gerade bei Lockerungsgutachten wird dies von den SothA moniert, denn dieser Schwebezustand sei im Rahmen der Therapie nur schwer aufzufangen: Ja also normal weiter ist es so, also eine normal Weiterbehandlung ist es ja deswegen nicht, weil diese Warteschleife entsteht und diese Warteschleife hat natürlich auch damit was zu tun, dass natürlich der behandelnde Therapeut noch schwieriger Durchhaltevermögen beweisen muss, und auch der Inhaftierte, da ist ja eine Spannung drin, ab diesem Moment ist ja eine Spannung drin, die zieht sich ja im ungünstigsten Fall über ein Jahr oder sogar eben noch länger und da kann man sich ungefähr vorstellen, wie auch die Haltung des Inhaftierten sich so langsam verändert. Also zu der Systematik, die dahinter steckt. Die stellt er in Frage, damit stellt er auch das System in Frage, damit stellt er wieder uns in Frage, also von der Seite her ist das schon so eine Art Kettenreaktion, der diesen Fachdiensten entgegenwirken können. Und müssen. (vgl. dazu auch D.5)

unternehmen: und (.) es ist natürlich auch ein gewisses Risiko, dass Gefangene dann eben (.) scheitern, oder die SothA scheitert mit denen. Inwiefern die einzelnen aufnehmenden SothAs mit den Empfehlungen bzw. Gutachten des Prognosezentrums arbeiten, bleibt in der Praxis ihnen selbst als letzte Instanz überlassen: Es gibt Abteilungen, {lacht} die machen noch mal ein Gutachten. B1: Das ist sehr unterschiedlich, also- (..) B2: Es macht eigentlich keinen Sinn, wenn wir das hier gemacht haben, das noch mal zu machen. B3: Naja, gut, es gibt schon spezielle Verfahren, wo man auch nachher noch mal gucken kann (.) ähm: Was kann hilfreich sein als Hinweis für die Therapie?

Neben den gesetzlich verankerten Bestimmungen, welcher Häftling in die SothA überwiesen wird, stellen fast alle Einrichtungen weitere **Aufnahmekriterien** auf, die Bewerber erfüllen müssen. Dabei handelt es sich meist um die Länge der zu verbüßenden Resthaftdauer, sprachliche und kognitive Mindestanforderungen, geklärte Rechtsumstände und die Therapiebedürftigkeit. Dabei zeigt sich, dass es zwischen Männer-, Jugend- oder Fraueneinrichtungen keine Unterschiede in der Menge der Kriterien gibt (jeweils vier bis fünf), wohl aber zwischen den einzelnen Bundesländern. So besitzt Niedersachsen mit durchschnittlich zwei Aufnahmekriterien eine recht geringe (positive) Zugangsschranke, während Bewerber in Mecklenburg-Vorpommern sieben Voraussetzungen erfüllen müssen (vgl. *Tabelle 6*).

Analog verhält es sich auf Bundesländerebene bei den **Ausschlusskriterien**, also jenen, die bei Vorliegen alle zuvor bereits erbrachten positiven Bedingungen negieren. So stellt auch hier Niedersachsen nur zwei Hürden auf (ebenso wie Baden-Württemberg), während es in Mecklenburg-Vorpommern elf zu bewältigen gibt. Dabei fällt auf, dass die Spannbreite zwischen den einzelnen Institutionen deutlich größer ausfällt als bei den Aufnahmekriterien (0 bis 13 Kriterien vs. 1 bis 9 Kriterien). Unterschiede finden sich in diesem Fall auch zwischen den nach Zielpersonen sortierten Einrichtungen. So weisen Einrichtungen für Jugendliche und Männer eine höhere Zahl an Ausschlusskriterien (5 bzw. 6) auf als Frauenabteilungen (3; vgl. *Tabelle 6*).

**Tab. 6: Anzahl der Aufnahme- und Ausschlusskriterien
(Konzepte 2011)**

Bundesland	Aufnahme- kriterien	Ausschluss- kriterien	Probezeit in Mo- naten	Behandlungs- dauer in Mona- ten
Männer (36/38)	4	5	3,2 - 3,4 Monate	25,5 - 37 Monate
Jugendl. (19/19)	4	6	2,2 - 2,6 Monate	16 - 22 Monate
Frauen (3/4)	5	3	1,3 Monate	21 - 42 Monate
<i>Gesamt Ø</i>	<i>3,8</i>	<i>4,8</i>	<i>2,7 - 2,9 Monate</i>	<i>22,2 - 32,6 Monate</i>
BW (4/4)	4	2	3	20 - 26
BY (14/14)	3	6	1,7 - 1,9	22 - 32
BE (3/3)	5	3	2,5	18
BB (2/2)	6	7	4,5	12 - 48
HH (2/2)	3	7	2,5 - 3	9
HE (2/2)	6	9	/	15 - 36
MV (2/2)	7	11	3,75	/
NI (8/11)	2	2	3,3 - 4	18 - 27
NW (9/9)	4	6	4	31 - 42
RP (4/4)	5,5	6	6	27
SL (1/1)	/	/	/	/
SN (3/3)	3	5	2 - 4,5	18 - 38
ST (1/1)	3	6	0,75 - 2	24
SH (1/1)	/	/	3	/
TH (2/2)	5	2,5	3	36

Also wir müssen die Aktenprüfung machen und wenn jemand nun eben sich mit 19 Jahren Reststrafe bewirbt und irgendwie eine aktuelle Drogenproblematik und drei offene Verfahren hat und weder die EWA [Einweisungsabteilung] noch die Sozialarbeiter noch der PTB [Psychotherapeutische Beratungsstelle] irgendetwas zu ihm sagen, dann wird der nicht eingeladen. Weil er muss zwischen 20 Monaten und 5 Jahren Reststrafe haben, kein aktuelles Drogenproblem. Er muss irgendwie operationalisierbar sein, [der] Wunsch hier bei uns arbeiten zu wollen. Wobei wir jetzt nicht verlangen, dass er irgendwelche psychotherapeutischen Detailvorstellungen hat, sondern die meisten haben ja keine Ahnung, was Psychotherapie ist, die müssen einfach nur sagen: "Ich will irgendetwas an meinem Leben verändern." Das reicht ja völlig aus. Ähm, wenn er da aber schreibt: "Ich will nur Langzeit-Sprechstunden haben." Dann reicht es eben nicht. Also die Sekundärmotivation spielt aber bei den meisten auch trotzdem eine Rolle und das wäre ja bei [uns] nicht anders. Wir würden uns ja auch nicht nur um der Psychotherapie Willen in die SothA begeben, sondern vielleicht auch die frühere Lockerung und die Möglichkeit frühzeitig entlassen zu werden oder eben den Langzeitsprecher gerne mitnehmen. (.)

Neben der Therapiemotivation spielen jedoch auch kognitive Fähigkeiten eine Rolle, denn der Gefangene muss von den angebotenen Behandlungsmaßnahmen auch profitieren können (RNR, Ansprechbarkeitsprinzip; vgl. B): *Ja und ähm dann versuchen wir in diesem Gespräch, das ähm äh (.) raus zu kriegen, ähm "Ist der wirklich motiviert?" Primär motiviert ist kaum jemand, aber gut, das kennen wir auch, das erwarten wir auch nicht auf-, (.) zumindest sekundär motiviert, sodass man da ein bisschen ran kann ähm und dass dann irgendwann idealerweise vielleicht so ein bisschen in Richtung "primäre" umwandeln kann. Ähm (.) ja "Ist der bereit überhaupt über seine Straftaten zu sprechen?", "In welchem Umfang bagatellisiert er?" "Gibt der uns Material, den dem wir arbeiten können?" und so weiter, das versuchen wir dann heraus zu kriegen. /I: Alles schon in diesem Eingangsgespräch?/ Ja. [...] (.) Manchmal ist es ja auch schwierig, weil jemand als minderbegabt im Gutachten oder so eingestuft wird, und ich finde es ein bisschen (.) oder wir finden das ein bisschen ungünstig, dann zu sagen: "Oh Gott, der hat nur einen IQ von 70. Den brauchen wir eh nicht einzuladen." Ähm (...) wir haben hier selten jemanden mit einem IQ von 120 oder so, also von daher. [...] Es ist immer ganz schlau, wenn man sich da noch mal ein persönliches Bil-, Eindruck verschafft, noch mal ein eigenes Bild von dem Menschen und manchmal hat der eine Art von-, von, ja, ich weiß nicht {lacht} Inselbegabung oder irgendwie so, ähm (.) Cleverness oder so, die es ihm dann doch ermöglicht, bestimmte Inhalte zu begreifen, so. Also es heißt nicht zwingend, wenn jemand einen niedrigen IQ hat, dass er dann so gar nichts hier erreichen kann. Sehr wohl gibt es natürlich diese Fälle. Und das ist eben auch ähm (.) ein Aspekt, den wir im Auswahlgespräch beachten. Inzwischen sind auch einige Behandlungsprogramme (vgl. D.4) für diese Klientel modifiziert worden, beispielsweise wird das BPS für lern- und intelligenzgeminderten Sexualstraftäter auch im Maßregelvollzug angewandt (vgl. z. B. Löhr & Legahn 2007, Löhr & Wenzlaw 2013).*

In Teilen wird auch darüber diskutiert, inwieweit Leugnen ein Behandlungshindernis darstellt – nicht zuletzt, da viele standardisierte Behandlungsprogramme eine Deliktbearbeitung vorsehen. Prinzipiell ist zwischen verschiedenen Arten zu unterscheiden: So kann die Tat(en) kategorisch, d. h. komplett, oder auch nur partiell geleugnet werden; denkbar ist auch zu behaupten, sich nicht mehr erinnern zu können. Weiterhin kann das Unrecht, die eigene Verantwortlichkeit, die Folgen oder auch die sexuelle Motivation geleugnet werden. Auch die zeitliche Komponente des Leugnens oder auch Zugebens sollte berücksichtigt werden. Besonders problematisch erscheint in dem Zusammenhang das Leugnen nach (prozesstaktischem) Geständnis im Rahmen einer sog. Verständigung (vgl. dazu auch Niemz 2012).

So. Ähm, wenn die denn sagen, ne, also sie waren es nicht. Dann wird erst mal in die Diskussion eingestiegen: Ja gut, aber sie sind nun mal leider strafrechtlich verurteilt, von daher, ähm, müssen wir uns darüber auseinandersetzen, geht ja gar nicht anders. Ähm, und es geht ja hier auch nicht darum zu sagen, es war nun so oder so oder so. Sondern Sie sind verurteilt dafür. Das ist unsere Arbeitsgrundlage, und auf der bauen wir unsere Arbeit auf. So. Ähm, und darüber kann man ja auch ins Gespräch kommen. Und dann sagen die eben halt ne, und war ich nicht und hmm. Und dann ist ja der nächste Gang zu sagen, ja ist aber komisch, wenn Sie es doch nicht waren, wieso sind Sie denn in so eine Situation gekommen? Das muss ja auch was mit Ihnen zu tun haben. Dann könnte man erst mal gucken, wieso kommen Sie in solche Situationen? Und daran kann man ja auch erst mal therapeutisch arbeiten. Also im Endeffekt kann man auch immer die Ziele noch ein bisschen weiter runter brechen und noch kleiner werden zu lassen. So. Und meistens fangen wir eben halt damit an zu gucken, warum kommt man in so eine Situation? Oder, wenn das denn nicht so war, oder anders. Wie kommen dann eben halt Leute darauf zu sagen, ähm "Es war so." Und Sie sagen: "Es war nicht so." Und bei denen, die sagen: "Nö, war so. Schäme ich mich ganz doll." da ist es natürlich am einfachsten, klar. (...) Aber so sind die Menschen nicht unbedingt immer gemacht.

Die durchaus plausible Annahme, dass zwischen Leugnen, Behandlungsmotivation und Änderungsbereitschaft ein Zusammenhang bestünde, lässt sich empirisch ebenso wenig eindeutig nachweisen wie ein Zusammenhang zwischen Leugnen, Gefährlichkeit und Rückfall. Nach einer Untersuchung des bayerischen Kriminologischen Dienstes ist Leugnen bei inhaftierten Straftätern weit verbreitet (Prävalenz ca. 30 bis 40 %). In manchen Fällen können die Motive des Leugnens sogar rückfallpräventiv wirken. Insofern ist der Vollzug aufgefordert, Behandlungsangebote „zu entwickeln, die nicht primär auf die Überwindung des Leugnens gerichtet sind.“ (Endres & Breuer 2014: 25; Problem der Ansprechbarkeit) Leugnen kann somit auch ein Indikator für Behandlungsbedürfnisse im Sinne für zu stärkende protektive Faktoren (wie beispielsweise Selbstwertgefühl) sein.

Für die Entscheidung „darüber, ob und mit welcher Zielsetzung und mit welchen Mitteln eine Behandlung durchgeführt werden soll“ (Endres et al. 2012: 101), sollten diagnostische und prognostische Untersuchungen systematisch (d. h. hypothesengeleitet) durchgeführt werden. Grundsätzlich kann zwischen einer Eingangs- bzw. Zugangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik unterschieden werden (Endres et al 2012: 108 f.).³¹ Die aus mehreren Informati-

31 Bei zentralen Zuweisungsabteilungen findet bereits dort eine differenzierte Diagnostik statt, deren Ergebnisse im Idealfall dann auch der aufnehmenden SothA vorliegen.

onsquellen – zum Beispiel Exploration, Anamnese, Aktenanalyse, standardisierte Testverfahren und Verhaltensbeobachtung – gewonnenen Ergebnisse dienen als Grundlage der Behandlungsplanung. *Tabelle 7* zeigt, dass standardisierte Testverfahren in ganz überwiegender Zahl (85 %) von Psychologen durchgeführt werden, gleichwohl diese Personengruppe auch bei (fast) allen anderen Verfahren am häufigsten beteiligt ist: bei Explorationsgesprächen (44 %), Checklisten (68 %), Aktenanalyse (48 %); lediglich bei der Verhaltensbeobachtung liegen Psychologen mit 32 % knapp hinter dem Allgemeinen Vollzugsdienst mit 33 %. Unterstützung erhalten die Psychologen vor allem bei Explorationsgesprächen und Aktenanalysen (jeweils 37 %) auch von den Sozialarbeitern; teilweise scheint daran auch der AVD (16 % bzw. 12 %) beteiligt zu werden.

Tab. 7: Art der an der jeweiligen Diagnostik beteiligte Personengruppen (Zusatz 2011)

	Psychologe / Mediziner	Sozialarbeiter	AVD / Werkdienst	Sonstige	Zeilen-summe
Explorationsgespräche	58	49	21	4	132
Verhaltensbeobachtung	58	55	60	7	180
Checklisten	46	15	6	1	68
Aktenanalyse	60	46	15	3	124
standardisierte Testverfahren	56	5	3	2	66
Sonstiges	2	2	3	1	8
Spaltensumme	280	172	108	18	578

Hinsichtlich der verwendeten Instrumente (zu deren Abkürzungen vgl. H.7; für einen Überblick vgl. z. B. Dahle et al. 2007) zeigt sich bei der nach unterschiedlichen Zeitpunkten differenzierten Abfrage 2011, dass die Mehrzahl während der SothA z. B. bei Lockerungen (39,1 %) bzw. zur Entlassung (23,9 %) eingesetzt werden. Zieht man für den Beginn der Sozialtherapie die Werte für die Zuweisung und den Zugang zusammen (37 %), so ergibt sich – unter Berücksichtigung der Erstellung externer Entlassungsgutachten und zentraler Zuweisungsabteilungen – nahezu eine Dreiteilung (vgl. *Tabelle 8*). Die Psychopathy Checklist (PCL) (13,3 %) wird, gefolgt vom HCR-20 (11,4 %) und SVR-20 (11,3 %) – unabhängig vom Zeitpunkt – am häufigsten angewendet. Übertroffen werden diese Tests nur während der SothA bzw. bei

der Entlassung von der kriterienorientierten Dittmann-Liste, die jedoch zum Beginn eine vergleichsweise untergeordnete Rolle zu spielen scheint.

Allerdings erscheint es (zumindest) beim Static 99 bzw. 2002 fragwürdig, wenn Einrichtungen diesen ausschließlich auf unveränderliche Risikofaktoren ausgerichteten Test mehrfach (am gleichen Probanden) einsetzen, dies scheint in immerhin 10 Einrichtungen der Fall. Die Behandlung kann nur an den dynamischen Risikofaktoren ansetzen, denn die Vergangenheit lässt sich nicht (mehr) ändern, so dass diese statischen Risikofaktoren lediglich Risikoindikatoren darstellen, aber „als reine Marker für Gefährlichkeit [...] keine Anhaltspunkte für eine therapeutische Behandlung“ (Endres et al. 2012: 104) bieten. Die meisten der hier aufgeführten Tests messen allerdings sowohl statische als auch dynamische Risikofaktoren: So beinhalten HCR-20 und SVR-20 jeweils 10 statische und dynamische Variablen. Diese standardisierten Verfahren sollten immer auch durch eine einzelfallbezogene (idiographische) Beurteilung ergänzt werden, die auf der jeweiligen Delinquenzhypothese basiert und die Veränderung der dynamischen Risikofaktoren berücksichtigt. Gerade die Einschätzung des Behandlungserfolgs am Ende der Sozialtherapie im Hinblick auf die Legal-Prognose einer Person „stellt eine schwierige diagnostische Aufgabe dar, weil sich dafür standardisierte Erhebungsverfahren kaum eignen und weil die Auskünfte der Probanden selbst und die Eindrücke der Therapeuten durch subjektive Motive und Erwartungen geprägt sein können.“ (Endres et al. 2012: 115 ff., 119). So konnte beispielweise kein konsistenter Zusammenhang zwischen selbstberichteten Veränderungen anhand des FPI bzw. FAF und dem Ziel der Legalbewährung festgestellt werden; daher wird die Entwicklung reliabler und valider Therapieverlaufsmaße betont (Schwedler & Schmucker 2012). Da es in der Praxis bei Lockerungen bzw. Entlassungen immer um Entweder-Oder-Entscheidungen geht, verlässt man sich nur wenig auf Tests, sondern in der Vollzugspraxis wird vielmehr versucht, das Problem von mehreren Seiten im Zeitverlauf zu triangulieren: *Das kenne ich auch aus meiner Therapeutengeschichte. Sobald ich mit dem inneren Kind oder wie man das auch immer nennen kann, identifiziert bin mit dem Mann (..) ist das ein bisschen eingeschränkt. Und so habe ich immer aus zwei Standpunkten und dann noch meinen eigenen. [...] Und ähm kann das in der Lockerungsprüfung dann für mich ganz gut auswerten. Ja, was hat sich denn tatsächlich getan? Wie sind die verschiedenen Stellungnahmen hier im Haus? So, eine Vorher-Nachher-Messung zu machen, würde mich wirklich interessieren, wie man das professionell mit einem Test hinkriegt.*³² [...] Schwierige Lockerungs-

32 Die Therapeuten-Beurteilungs-Skala (deutsche Fassung der Therapist Rating Scale (TRS) von Marshall & Marshall 2010a, 2010b) scheint geeignet zu sein, Therapiefortschritte bei Sexualstraftätern zu erfassen (vgl. dazu Fuchs et al. 2013).

fragen, finde ich immer gut, wenn man mit mehreren drüber sprechen kann. Das ist vielleicht aber auch eine Typfrage.

Tab. 8: Wann werden welche (Prognose-)Instrumente herangezogen? (Zusatz 2011)

	zur Zu- weisung	beim Zu- gang	während der SothA (z. B. Lo- ckerung)	zur Ent- lassung	Zeilen- summe
Level of Service In- ventory-Revised (LSI- R / LSI-R:SV)	4	2	4	3	$\begin{matrix} 13 \\ = \\ 2,2 \% \end{matrix}$
Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)	10	12	30	15	$\begin{matrix} 67 \\ = \\ 11,3 \% \end{matrix}$
Historical Clinical Risk (HCR-20)	11	11	30	16	$\begin{matrix} 68 \\ = \\ 11,4 \% \end{matrix}$
Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern (RRS nach Rehder)	3	6	13	7	$\begin{matrix} 29 \\ = \\ 4,9 \% \end{matrix}$
Psychopathie Check- list-Revised (PCL-R / PCL:SV)	13	16	33	17	$\begin{matrix} 79 \\ = \\ 13,3 \% \end{matrix}$
Static 99 / 2002	5	11	13	7	$\begin{matrix} 36 \\ = \\ 6,1 \% \end{matrix}$
FOTRES nach Urbaniok	6	4	8	6	$\begin{matrix} 24 \\ = \\ 4 \% \end{matrix}$
Kriterienorientierte Prognoseliste nach Wulf	1	2	4	2	$\begin{matrix} 9 \\ = \\ 1,5 \% \end{matrix}$
Kriterienorientierte Prognoseliste nach Dittmann	7	7	34	18	$\begin{matrix} 66 \\ = \\ 11,1 \% \end{matrix}$
Kriterienorientierte Prognoseliste nach Nedopil	1	0	6	4	$\begin{matrix} 11 \\ = \\ 1,9 \% \end{matrix}$
Kriterienorientierte Prognoseliste nach Rasch	2	0	6	3	$\begin{matrix} 11 \\ = \\ 1,9 \% \end{matrix}$
Sonstige	37	49	51	44	$\begin{matrix} 181 \\ = \\ 30,5 \% \end{matrix}$
Spaltensumme	$\begin{matrix} 100 \\ = 16,8 \% \end{matrix}$	$\begin{matrix} 120 \\ = 20,2 \% \end{matrix}$	$\begin{matrix} 232 \\ = 39,1 \% \end{matrix}$	$\begin{matrix} 142 \\ = 23,9 \% \end{matrix}$	$\begin{matrix} 594 \\ = 100 \% \end{matrix}$

Da sich 30,5 % der Angaben hinsichtlich der zu den verschiedenen Zeitpunkten verwendeten Instrumente auf andere als die vorgegebenen bezogen, wurde im Rahmen der Stichtagserhebung 2012 erneut eine ähnliche Frage gestellt, allerdings in offener Form: „Setzen Sie zur Diagnostik der (dynamischen)

Risikomerkmale bzw. Behandlungsziele psychodiagnostische Instrumente (z. B. PFI, FAF) oder/und standardisierte Prüfinstrumente (z. B. PCL, HCR, Dittmann-Kriterien) ein?“ Insgesamt wurden nunmehr 120 verschiedene Instrumente genannt; dies zeigt, wie groß die Vielfalt in der Praxis ist; wegen der offenbar wenig verbindlichen Vorschriften hinsichtlich der anzuwendenden Diagnose- und Prognosewerkzeuge kommt die persönliche Präferenz des Psychologen (und dessen beruflicher Sozialisationshintergrund im Hinblick auf die verschiedenen psychologischen Schulen) umso mehr zum Tragen. Die PCL wurde in beiden Erhebungsjahren am häufigsten angegeben: So machte sie 2011 13,3 % der Angaben und 2012 9,6 % der Angaben aus. Aus *Tabelle 9* ergibt sich, dass die PCL in 76,2 % der Einrichtungen angewendet wird und zwar ausschließlich bei männlichen Gefangenen. Hinsichtlich der Häufigkeit der verwendeten Instrumente erwies sich letztlich nur die kriterienorientierte Prognoseliste nach Dittmann für den Vollzug als relevant, denn unter den offenen Angaben 2012 wurde keine der anderen 2011 vorgegebenen Kriterienlisten genannt.

Erwartungsgemäß zeigen sich bei der offenen Abfrage 2012 neben den Prognoseverfahren auch sog. Leistungstests wie der Wiener-Matrizen-Test (WMT) oder auch der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT) und diverse Persönlichkeitstests (Gießen-Test (GT), Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI), Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte (PFI), MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI)) (RNR, Bedürfnisprinzip, vgl. B).

Tab. 9: Verwendete Instrumente zur Diagnostik der (dynamischen) Risikomerkmale bzw. der Behandlungsziele (Zusatz 2012)

	PCL	HCR-20	Dittmann	FAF	SVR-20	FPI	MSI	MMPI	GT	Static	FOT-RES	PFI	PSSI	SCL	SKID	VRAG	RRS	MWT
Jugendliche (21)	16	16	12	10	6	7	5	5	3	4	2	5	8	4	3	2	1	2
Männer (38)	32	27	21	20	21	16	16	13	10	11	10	7	4	5	7	7	5	2
Frauen (4)		2	1	1		1		2	2		1			1		1		1
% der 498 Angaben	9,6	9,0	6,8	6,2	5,4	4,8	4,2	4,0	3,0	3,0	2,6	2,4	2,4	2,0	2,0	2,0	1,2	1,0*
BW (4)	2	1	4	3	1	2	1	1				1		1	2	1		
BY (14)	13	8	4	12	5	10	8	12	4	5	7	1	4	1		4	1	
BE (3)	2	2	1	1	2			1		1					1	1		
BB (2)	2	3	1		1					1						1		
HH (2)	3	2	2		1					2		1	1					
HE (2)	3	2	2	1	1	1	1			1								
MV (2)	2	2		1	1		1					2	2	2	1			
NI (11)	6	6	4	2	5	2		2	4	2	5	1	2			2	1	1
NW (9)	5	7	7	4	1	4	5	1	3	1		5		3	3		2	
RP (4)	5	3	4	1	3	2	3	1	1	1			2		1	1	1	1
SL (2)	1	1	1	2	1	2	1		2			1		1	1			1
SN (3)	2	3	2	3	1	1		1	1				1	1				1
ST (1)	1	1			1												1	
SH (2)	1	2		1	2		1							1	1			1
TH (2)	1	2	2		1			1		1								
% der 63 Einrichtungen	76,2	71,4	54,0	49,2	42,9	38,1	33,3	31,7	23,8	23,8	20,6	19,0	19,0	15,9	15,9	15,9	9,5	7,9

*Weitere Tests, die jeweils von fünf Einrichtungen verwendet werden (= 1 % der 498 Nennungen), sind FKK, IIP und SORAG.

Die Abkürzungen der Tests mit den entsprechenden Quellennachweisen sind im Anhang (vgl. H.7) aufgeführt.

D.2 Phasen des SothA-Aufenthalts

Über die Hälfte der SothAs (65,5 %) ermöglichen ihren Bewerberinnen eine **Aufnahme auf Probe (Orientierungs-/Vorbereitungsphase)**, damit sich beide Parteien ein Bild voneinander machen und die letztendliche Eignung prüfen können; lediglich vier Einrichtungen (6,9 %) bieten keine Probezeit an, 16 machten keine Angaben (27,6 %). Dies kann entweder in die erste Phase der Behandlung (Vorbereitungsphase) integriert sein oder noch vor dieser stattfinden. In manchen Einrichtungen findet die Probezeit in einer speziellen Wohngruppe statt, in anderen werden die Häftlinge direkt in den normalen Ablauf eingebunden. Wie lang sich diese Probezeit gestaltet, fällt sehr unterschiedlich aus und kann von einer Woche bis 6 Monate reichen (ø 2,7 bis 2,9 Monate). Im Durchschnitt haben SothAs in Sachsen-Anhalt die kürzeste Probezeit (rund ein Monat) und rheinland-pfälzische die längste (6 Monate). Hinsichtlich der Klientel haben Frauen-SothAs die kürzeste Probezeit (2 Monate), gefolgt von Jugendlichen (2,6 Monate) und Männern (3,7 Monate; vgl. *Tabelle 10*).

Während der Probezeit wird natürlich geguckt, so, wie motiviert sind sie. Wie erreichbar sind sie? Das hat ja den Hintergrund. So, können wir uns vorstellen mit denen zu arbeiten? Ist das sinnvoll, mit denen zu arbeiten? (.) Sind die damit überfordert oder auch nicht? In dieser untersuchten Einrichtung gibt es für SothA-Kandidaten zwei verpflichtende Gruppen, in denen versucht wird, derartige Dinge zu klären: die Probezeit-begleitende Gruppe, das ist eben halt die, die Montags in der Freizeit stattfindet, die wird durchgeführt vom allgemeinen Vollzugsdienst, also von zwei Stationskollegen. Die dann eben halt mit den Insassen hier auf niedrigstschwelligem Niveau, ähm, mit denen Gruppen machen, zu Themen, die eben halt die Insassen vorgeben, die die Themen, die die Insassen erarbeiten. Es geht eigentlich darum, dass die sich niedrigschwellig in Gruppen sozusagen einfinden. Sich damit auseinandersetzen, wie ist es in der Gruppe zu sein, weil nicht jeder hat schon Gruppenerfahrung oder traut sich oder wie auch immer. Und dann gibt es dieses niedrigschwelligste Angebot, wo man eben halt ganz, über ganz normale Alltagsthemen dann eben an Gruppenerfahrung herangeführt wird. Dienstags ist hier immer Probezeit-Gruppe. Ähm, da geht es eben halt (..) darum zu probieren, kann man sich hier drauf einlassen? Also, da gibt's eben halt für Gruppen öfter mal Filme zu bestimmten Problematiken wie, wie war die Kindererziehung oder Drogen oder Alkohol oder ähm weiß der Geier was. So Themen, die eben halt schon ein bisschen aussagekräftig sind, wo sie sich dann drüber, ähm, diskutieren sollen, wo sie Parallelen auch sehen sollen zu ihrer eigenen Kindheit, Aufwuchs-Bedingung, wie auch immer. Und zum Schluss sollen die eben halt ihre Biografie darstellen. So. Das ist eigentlich so, wie es immer laufen soll. Und da gibt es eben halt schon dann eben das ein oder andere Problem, sei es

eben eine sprachliche Barriere, weil sie eben halt der Sprache nicht so mächtig sind, oder weil sie sagen, wir waren es nicht. Oder, weil sie sagen, sie waren es nicht so, oder weil die Motivation noch nicht da ist, oder weil sie ängstlich sind. Oder, viele Konstellationen. Manche erzählen auch frei von der Leder weg ihre Biografie. Und alles ist gut.

Nach der Überprüfung der Therapiefähigkeit sowie der Erprobung kooperativen Verhaltens im Sinne einer Behandlungsbereitschaft im Rahmen der Vorbereitung-/Orientierungsphase schließt sich die **(Haupt-)Behandlungsphase** an, in der die im Therapieplan festgelegten und auf Grundlage der Behandlungsuntersuchung indizierten Behandlungsziele umgesetzt werden sollen.

Tabelle 10 zeigt eine zusammenfassende Aufschlüsselung der Items Vorbereitungsphase zur Herstellung von Behandlungsmotivation, der durchschnittlichen Behandlungsdauer und Probezeit in Monaten (sowie Unterbrechungs- und vorzeitige Rückverlegungsmöglichkeiten) – differenziert nach Art der Klientel bzw. Bundesländern. Die Angaben in der linken Spalte machen beispielsweise deutlich, dass von insgesamt 38 Konzepten für Männer 36 zur Analyse zur Verfügung standen. Von diesen 36 Einrichtungen für Männer machten 13 keine Angaben zur Vorbereitung bzw. Behandlungsmotivation – inwiefern diese 36,1 % der Männer-Einrichtungen regelmäßig keine Angebote zur Behandlungsmotivation machen, lässt sich aufgrund der fehlenden Angaben nicht verlässlich feststellen, obgleich diese Vermutung naheliegt. Anhand der Differenz zwischen den 36 analysierten Konzepten und den 13 fehlenden Angaben sowie den 20 Einrichtungen mit Behandlungsmotivation lässt sich schlussfolgern, dass drei Einrichtungen ($36 - 13 - 20 = 3$) explizit angaben, keine Behandlungsmotivation durchzuführen. Übergreifend lässt sich festhalten, dass 32 ($= 20 + 11 + 1$) Einrichtungen ($= 55,2\%$) eine Behandlungsmotivation durchführen und 22 ($= 13 + 7 + 2$) Einrichtungen ($= 38\%$) keine Angaben zur Behandlungsmotivation machten.

Über alle Angaben zur **Behandlungsdauer** hinweg, ergibt sich eine gemittelte Zeitspanne von 22,5 bis 33 Monaten. Dabei ist jedoch zu erwähnen, dass 23 Einrichtungen keinen zeitlichen Rahmen für ihre Arbeit angaben. Jugendliche haben erwartungsgemäß eine verkürzte Behandlungsdauer (16 bis 22 Monate) im Vergleich zu Männern (25,5 bis 37 Monate). Für die Einrichtungen mit weiblicher Klientel ergab sich eine sehr hohe Spannweite von 21 bis 42 Monaten (vgl. *Tabelle 10*).

Tab. 10: Indikatoren zum Ablauf der Behandlung in der Sozialtherapie (Konzepte 2011)

	Vorbereitung / Behandlungs- motivation		Dauer der Behandlung in Monaten		Dauer der Pro- bezeit in Mona- ten		Auszeit / Unter- brechungs- möglichkeit		Vorzeitige Rück- verlegung	
	vorh.	k.A.	Ø	k.A.	Ø	k.A.	vorh.	k.A.	vorh.	k.A.
Männer (36/38)	20	13	31,2	14	3,7**	11	6	30	23	13
Jugendliche (19/19)	11	7	19,1	8	2,6*	5	4	15	13	6
Frauen (3/4)	1	2	31,5	1	2*	-	2	1	3	-
Gesamt Ø (58/61) in %	55	38	27 Mon.	40	2,8 Mon.	28	21	79	67	33
BW (4/4)	2	2	23,25	-	3*	-	1	3	2	2
BY (14/14)	10	1	27	2	1,6*	1	2	12	9	5
BE (3/3)			min. 18							
	2	1		2	2,5	1	3	-	3	-
BB (2/2)	2	-	30	1	4,5	-	1	1	2	-
HH (2/2)	1	1	min. 9	1	2,75		1	1	1	1
HE (2/2)	1	1	25,5	-	-	2	-	2	-	2
MV (2/2)	1	1	-	2	3,75	-	2	-	2	-
NI (8/11)	5	3	22,5	6	3,7	5	1	7	7	1
NW (9/9)	2	7	36,5	3	4	3	-	9	5	4
RP (4/4)			min. 27							
	2	2		3	6	2	-	4	2	2
SL (1/1)	1	-	-	1	-	1	-	1	-	1
SN (3/3)	1	2	28	-	3,75*	-	-	3	3	-
ST (1/1)			min. 24							
	1	-		-	1,4	-	-	1	1	-
SH (1/1)	-	1	-	1	3	-	-	1	-	1
TH (2/2)			max. 36							
	1	-		1	3*	-	1	1	2	-

Ein Stern* bedeutet davon jeweils 1x keine Probezeit

Besonders bei den vergleichsweise kurzen Inhaftierungszeiten von Jugendlichen sind Abteilungen wegen der räumlichen Synergien im Sinne einer größtmöglichen Kontinuität bzw. Parallelität bei Ausbildung/Arbeit und Therapie ideal, denn *die Zeit ist bei Jugendlichen eigentlich auch zu kurz, um äh die relativ kurze Zeit der Inhaftierung, wenn man sie sinnvoll nutzen will, in unterschiedliche Abschnitte zu teilen. Also genau so wertvoll, wie ich es finde, dass die Untersuchungshaft und Jugend-Strafhaft an einem Ort sind, sodass die Gefangenen möglichst schon, (.) sofern absehbar ist, dass sie bleiben, das ja manchmal auch, wenn die Unschuldsvermutung (.) gilt, nicht so ganz von der Hand zu weisen ist, dass das kommen wird, auch von den Gefangenen selbst so berichtet wird, ähm dass man da schon anfangen kann sich im Bereich Berufsausbildung/Qualifizierung mit dem Gefangenen zusammen zu setzen und schon etwas zu beginnen. Genau das gleiche betrifft sozusagen dann*

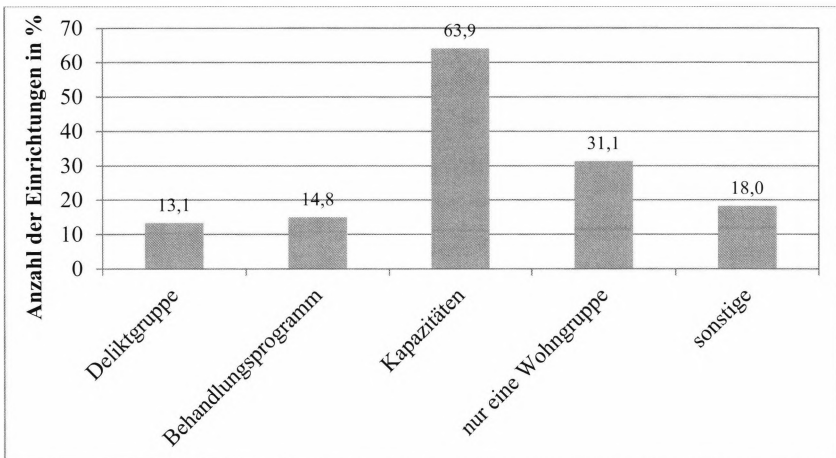
auch (.) den Wechsel von der Jugendstrafhaft in den (.) sozialtherapeutischen Bereich, ne? Also wir können einfach ganz viel Kontinuität anbieten im Arbeitsbereich zum Beispiel, (.) und darüber ähm sozusagen die Zeit sehr, sehr sinnvoll nutzen. Was wir nicht könnten, wenn wir jwd irgendwo wären und uns dann tatsächlich nur diese Kernzeit von 9 Monaten zur Verfügung stünde. (...) Das wäre eigentlich auch sehr, sehr schade. (...) Wir sind ja mit 9 Monaten eher am unteren Ende. Ich weiß, dass Anstalt in [Bundesland A] viel längere Mindestaufenthaltsdauern, glaube ich. Auch [Einrichtung X], glaube ich, hat deutlich längere Zeiten, wenn mich nicht alles täuscht. [...] Ähm wenn ich mir aber die Zeiten angucke, die (.) ein Jugendlicher im Schnitt im Vollzug ist, das ist ja deutlich unter 2 Jahre, ein Jahr und vier Monate oder so etwas ist der Durchschnitt, oder so. Dann ist das einfach verdammt lang von diesen 9 Monaten, und es ist schön, wenn man das, was da noch ein bisschen dabei ist, dann auch noch sinnvoll nutzen kann, weil das Leben ja nicht nur aus sozialtherapeutischer Behandlung besteht, sondern hier ja auch insbesondere auch Ausbildung, Qualifizierung und solchen Sachen. Berücksichtigt man in diesem Falle noch, dass idealerweise vor der angenommenen Entlassung zum 2/3 Zeitpunkt noch eine Zeit im offenen Vollzug verbracht werden soll, dann wird die angesprochene Kontinuität umso dringlicher, um möglichst viele Jugendliche erreichen zu können. Im Prinzip wechseln die Jugendlichen in dieser untersuchten Einrichtung nur ihre Unterbringungsart (von der U-Haft, (Normal-vollzug,) SothA, offener Vollzug), alle gleichfalls wichtigen Strukturen wie Ausbildungsstätten sind auf dem gleichen Gelände weiterhin verfügbar.

Die konkrete **Zuordnung eines Gefangenen zu einer Wohngruppe** erfolgt – bei den Einrichtungen, die über mehrere Wohngruppen verfügen – überwiegend nach Platzkapazitäten, also äußeren Gegebenheiten; als sonstiges Kriterium wird die Beachtung gruppendynamischer Aspekte bzw. die Berücksichtigung individueller Persönlichkeitsmerkmale sowie die voraussichtliche Behandlungsdauer und ggf. der Wunsch des Gefangenen angegeben (vgl. Abbildung 8).

Verfügt eine Einrichtung über mehrere Wohngruppen, so richtet sich die Zuordnung auch nach Behandlungsschwerpunkten oder -programmen bzw. konzeptioneller Ausrichtung: *Konzeptionell war das ja mal so gedacht, dass eben halt, also A2 ist ja die kleinste Wohngruppe mit 17 Plätzen. Die ist eben halt so klein, dass es ein bisschen kuschelig, wuschelig. Da sind dann eben halt manchmal so die Betreuungsintensiveren, die man eher mal so im Auge haben muss. A3 war mal angedacht so für Kurz-Strafge, so und Hochstrukturierte, das hat sich aber alles irgendwie nicht so richtig etabliert, weil die beste Planung nichts nützt, wenn man die Insassen dazu nicht hat, so. Ähm, von daher wird schon geguckt, so welcher Insasse passt auf welche Station. Oder auf*

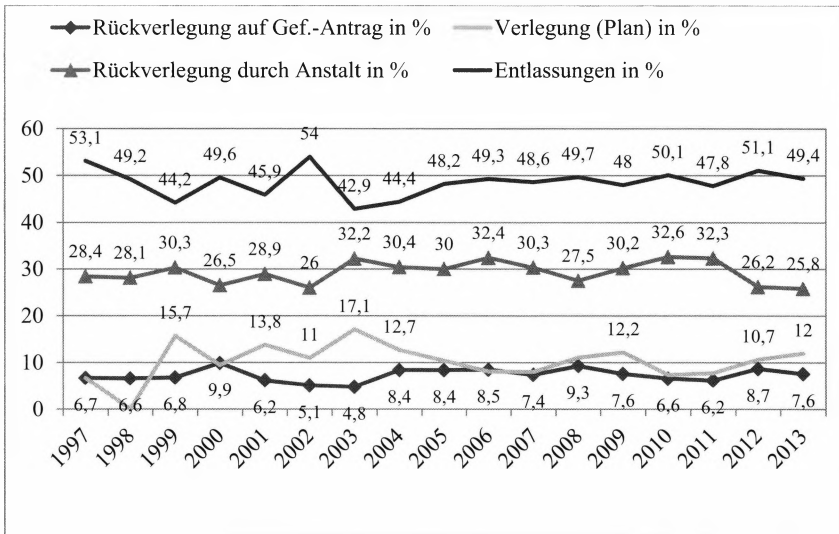
welche Wohngruppe, so von Wohngruppenleitung, von Kapazitäten, von den Psychologen. Da wird schon so ein bisschen geguckt. So, dass ich, wenn ich jemanden habe, so hmm, der ist irgendwie betreuungsintensiver oder mit dem muss man eben ein bisschen liebevoll umgehen oder er braucht einen kleineren geschützteren Rahmen, dann würde ich versuchen, ihn bei Frau [C] irgendwie, ähm sozusagen unterzubringen. Ähm, solche Geschichten spielen dann eben halt eine Rolle. So, manchmal auch einfach nur, ne da ist kein Platz, nur da ist Platz und da. Das variiert halt ein bisschen. Aber wir gucken eben halt schon so, dass es auch stimmt. Man würde ja nicht unbedingt jemanden, der drogenabhängig ist, sozusagen auf eine Station, wo gerade so viele Drogenfunde sind, da noch unterzubringen. Das wäre kontraproduktiv. So, also das versucht man schon mal ein bisschen im Blick zu haben. Aber die Kapazitäten sind eben halt nicht immer da, die Räumlichkeiten sind nicht immer da. Von daher, ähm, muss man eben halt gucken, ob das immer so funktioniert, wie man sich das vorstellt. (.3.) [...] Wir [Sozialpädagogen] machen die vollzugliche Planung und die Psychologen die Diagnostik. Und dann versuchen wir zu gucken, okay, wo könnte der denn jetzt am besten hinpassen. Was macht da Sinn? Bei manchen ist es so, so war es vom Konzept her mal gedacht, im Moment ist es so aber nicht unbedingt zu 100 Prozent, dass derjenige, der eben sozusagen eine Eingangsdiagnostik hatte, dass der den auch behält.

Abb. 8: Kriterien der Zuordnung eines Gefangenen zur Wohngruppe (Zusatz 2011, Mehrfachnennungen möglich)



Wegen der gesetzlichen Therapiepflicht und des fehlenden direkten Mitspracherechts der Leitung der sozialtherapeutischen Einrichtung bei der Verlegung von Gefangenen gemäß § 9 Abs. 1 StVollzG gelangen auch weniger geeignete Gefangene in sozialtherapeutische Einrichtungen. Diese werden dann „aus Gründen, die in der Person des Gefangenen liegen“ wieder in den Normalvollzug zurückverlegt. *Abbildung 9* zeigt, dass die Quote der durch die Anstalt zurückverlegten Gefangenen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen zwischen 1997 und 2013 durchschnittlich knapp ein Drittel beträgt – und sie damit deutlich über den von den Gefangenen selbst gestellten Rückverlegungsanträgen liegt (Niemz 2013: Tabelle 10b).

Wird ein Häftling durch sein Verhalten untragbar und/oder bricht er von sich aus die weitere Behandlung ab, muss er rückverlegt werden. Die Kriterien und Abläufe, die für einen solchen Fall vorgesehen sind, werden von 39 Einrichtungen benannt und ausgeführt (67,2 %). Meistens werden als **Rückverlegungsgründe** massive Verstöße gegen die Hausordnung, Drogenkonsum, Übergriffe und ausdrückliche Behandlungsresistenz angegeben (vgl. *Abbildung 10*). *Also hier wird, ja, natürlich auch gekifft. Wir haben auch schon mal ein Handy hier gefunden, aber-, wir hatten, also so ein Handfund, das war der erste hier, (.) den wir hatten. Wir hatten jetzt grade eine Schlägerei. Das ist die erste seit 10 Jahren. (..) Also es kommt hier schon seltener vor, weil die auch nicht ausfliegen wollen. (.) Die reißen sich hier schon mehr zusammen, weil die natürlich hier bleiben wollen und nicht rausgeschmissen werden wollen. [...] Na ja, wenn sich jemand mehrfach prügelt, dann will der sich ja offensichtlich irgendwie nicht ändern und sich mit seiner Aggressivität auseinander setzen, dann wird der natürlich irgendwann zurück verlegt. Wenn jemand häufiger kifft, um dem hier zu folgen, was wir wollen, dann wird der natürlich auch zurück verlegt, klar. Also, das wissen die aber auch und von daher. Natürlich kiffen die hier trotzdem, (.) so, ähm aber sie wissen, dass wir hier auch häufiger UKs machen, also Urinkontrollen und dass wir natürlich nicht bei der ersten positiven UK gleich rausschmeißen, aber dass das irgendwann der Fall sein wird. (.) Und alle anderen schwerwiegenderen Sachen, die verkneifen die sich. Also so können die sich dann anscheinend doch kontrollieren, dass dann eben doch nicht so viel passiert, was uns irgendwie Anlass bietet, sie, ja, zu sanktionieren oder gar hier raus zu schmeißen.*

Abb. 9: Übersicht über die Abgänge aus den sozialtherapeutischen Einrichtungen 1997 bis 2013

Viele Einrichtungen schließen zu Beginn des SothA-Aufenthalts auch einen Behandlungsvertrag mit den Gefangenen: *Die gehen einen Behandlungsvertrag ein. Die müssen sich verpflichten, alles Mögliche zu tun, damit sie in ihrer Behandlung gut laufen. Die dürfen hier weder Drogen konsumieren, was man im übrigen Vollzug übrigens auch nicht tun darf. /I: Ja, eben {lacht}/ (.) Aber es ist hier strenger, und wenn man dagegen verstößt, wird man wieder aus dem Haus verlegt. [...] Von drüben kann man ja nirgendwohin verlegt werden. Man bekommt eine Diszi-, ist vielleicht mal eingeschlossen oder ist im Arrest, aber hier gibt es immer die Möglichkeit der Rausverlegung bei verschiedenen Übergriffen oder verschiedenen [Grenzvorgängen] ja klar.*

Neben äußeren Verhaltensauffälligkeiten kann es jedoch auch sein, dass sich trotz Motivationsarbeit – auch über die Probezeit hinaus – kein therapeutischer Ansatz findet, zum Beispiel, wenn der Gefangene seine Straftat(en) hartnäckig leugnet und seine Unschuld behauptet: *Also im Endeffekt, wenn die dann standhaft dabei bleiben, und das leugnen, und ich kann nicht was zugeben, was ich nicht hmm, gemacht habe oder so. Dann führt es irgendwann dazu, dass wir sagen, okay, dann haben wir keine Arbeitsgrundlage. Und dann nehmen wir die eben halt aus der SothA raus. Aber da versuchen wir erst mal eine ganze Menge, bis das soweit ist. [...] Manchmal nehmen wir sie auch erst mal sozusagen in den A-Flügel und probieren da auch einfach noch*

mal weiter rum. Um zu sagen, wenn wir denn was gefunden haben, wo wir sagen, da können wir wenigstens ansetzen. Wenn er vielleicht die Straftat leugnet, aber sagt, okay, ich habe irgendwie immer so, ähm, weiß ich nicht, hau immer irgendwie die Oma um oder habe ein anderes Problem, was man therapeutisch bearbeiten kann. Manchmal kommt man ja auch über diese Dynamik dann an die, ähm (.3.) strafrelevanten Sachen. (.3.) Die Frage der **Therapiemotivation** ist – vor allem bei Langstrafigen – nicht nur zu Beginn bei der Aufnahme in die SothA relevant: Oder auch nach zwei Jahren wird der Therapiestand angesehen (.) bei Leuten, die lange Strafreise haben, haben wir begrenzte Therapieverträge auf zwei Jahre, wo wir uns dann alle zusammen setzen und gucken: Ist der irgendwie gelaufen? Ist der ansprechbar? Hat der sich an irgendeinem Punkt verändert? Oder macht der hier nur "Schöner Wohnen"? Oder ähm, was ist seine Hauptmotivation hier? Und wenn da nichts passiert ist, (.) dann verlegen wir den auch. (.) /I: Mhm/ (.) Selten, aber es passiert durchaus auch.

Rückverlegte Gefangene erhalten einen Eintrag über den misslungenen sozialtherapeutischen Behandlungsversuch in ihre Gefangenenpersonalakte; dies kann sich ungünstig auf ihre weitere Legalprognose auswirken. Allerdings verhindert ein abgebrochener SothA-Versuch eine erneute Aufnahme nicht zwangsläufig: Meistens schreiben wir ja auch hin, dass eben halt, wenn sich denn Therapie-Bereitschaft oder Motivation eingestellt hat, dass sie sich dann nu' halt neu bewerben können. Wir würden dann erneut prüfen. Oder eben halt, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllt haben. Wenn sie hier rausgeflogen sind, weil sie Drogen konsumiert haben, zum Beispiel. Wenn sie dann eben halt ein halbes Jahr Drogen-Abstinenz nachweisen können und sich dann noch mal bewerben, dass wir dann noch mal prüfen. Oder so. Es gibt auch Leute, die werden hier ganz ganz oft geprüft und eigentlich, ähm, kommt man dann auf den Entschluss, dass es entweder noch zu früh ist oder es kein Kandidat für hier ist, oder oder oder

Ein Grund für eine erneute Aufnahme bzw. großzügigere Auswahlpraxis sind auch in äußeren Umständen wie (die in vielen Bundesländern) tendenziell rückläufigen Gefangenenzahlen zu erblicken: Je (.) weniger Bewerbungen wir kriegen, desto eher neigen wir natürlich auch dazu, dann auch mal Leuten eine Chance zu geben, die wir vor zwei Jahren noch abgelehnt hätten. Aber da die Anzahl der Bewerbungen ja auch geringer geworden ist (.) und wir natürlich auch irgendwie ein paar Insassen hier im Haus haben wollen, so oder-, oder {schnauft} ähm es vielleicht ja auch dann mal Stimmen geben könnte, so von wegen: "Wieso haben denn die SothA erst erweitert, wenn sie jetzt doch nur halb gefüllt ist?" So, ne? /I: Mhm/ Und eventuell dann Bestrebungen in eine Richtung gehen könnten, die wir natürlich nicht wollen, ähm sind wir

natürlich schon geneigt, dem einen oder andern auch eine zweite Chance zu geben. Also wir haben jetzt auch schon Rückverlegungen gehabt und dann Insassen, die sich dann noch mal beworben haben. Wir haben jetzt grade jemand das zweite Mal aufgenommen, sind nicht davon überzeugt, dass der sich komplett geändert hat, also, dass der jetzt wirklich will, aber wir haben so ein bisschen Hoffnung, so ein bisschen. Und der ist jetzt noch mal in der Probezeit, also es kann durchaus sein, dass wir am Ende der Probezeit sagen: "Nee, der hat uns nicht-" und dass wir den dann tatsächlich auch wieder zurück verlegen, (.) aber wir haben ihm noch mal eine Chance gegeben. Also wir sind ein bisschen (.) eher bereit, ne, aufgrund der-, der Leere und der mangelnden Bewerber, ne?" (zum Zusammenhang zwischen Indikationskriterien und Belegkapazitäten/-druck vgl. auch Suhling & Wischka 2008).

Treten Probleme auf (z. B. psychiatrische Erkrankungen) oder fügt sich der Insasse nicht wie vorgesehen in den Alltag ein, sollte als mildere Maßnahme die **Möglichkeit einer kurzzeitigen Unterbrechung** (Time-out-Phase) des SothA-Aufenthalts bestehen. Dies dient sowohl als Disziplinarmaßnahme als auch als regulierend und versorgend eingreifende Maßnahme, um eine weitere sozialtherapeutische Behandlung zu ermöglichen. Dieses Mittel nutzen lediglich 12 Einrichtungen (20,7 %); die restlichen benennen diese Option in ihren Konzepten nicht (79,3 %). Hingegen machen 67 % der Einrichtungen Angaben zu vorzeitigen Rückverlegungsgründen (vgl. *Tabelle 10*). Also "time-out" ist eine Möglichkeit, wenn man denkt: "Okay, irgendetwas läuft hier nicht gut." Derjenige braucht mal eine Auszeit und um jetzt nicht den ganz großen Abbruch zu haben, dass der dann auch wirklich das Haus verlässt, gibt es noch diese "time-out" Station. Das ist die Station 4. Da wird man zeitlich begrenzt hin verlegt. Entweder auf eigenen Wunsch, das gibt es manchmal, dass Leute sagen: "Ich brauch ein bisschen mehr Ruhe" /I: Mhm/ oder so etwas. (.) In der Regel aber unfreiwillig [...] eben um seine Freiheit ein bisschen einzugrenzen und ihm die Überlegung zu ermöglichen: "Was will ich hier eigentlich im Haus?"

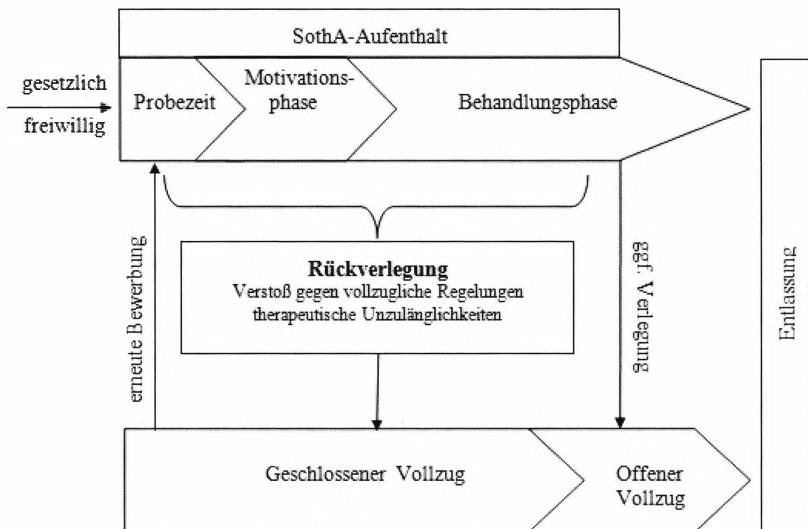
Auch wegen der in der Sozialtherapie üblicherweise größeren Freiräume kann die Therapiemotivation bei freiwilligen Bewerbungen problematisch sein: *und ich glaube schon, dass wir so den Eindruck machen: Offene Wohngruppen, es gibt manche Zellen, die werden nie angeschlossen. Wir lockern intensivst, das ist bekannt in [Gesamtanstalt] und da gibt es halt Risiken der Motivation.*

In der folgenden Grafik (vgl. *Abbildung 10*) sind die bereits oben angesprochenen Phasen des Aufenthalts in der SothA eines Gefangenen zusammenfassend schematisch anhand eines Zeitstrahls dargestellt.

Nachdem der Gefangene nach Inhaftierung entweder auf gesetzlicher (Therapiepflicht) oder freiwilliger (Wahlzugang, vgl. D) Basis in der SothA einge-

wiesen wurde, durchläuft er verschiedene Phasen. Nach erfolgreicher Probezeit (durchschnittlich ca. 3 Monate, vgl. D.2) folgt ggf. eine Orientierungs- und Motivationsphase bzw. direkt die Behandlungsphase. Abhängig von Einrichtung gehen die verschiedenen Phasen entweder fließend in einander über, können aber auch in von einander räumlich getrennten Stationen stattfinden. Liegen zu irgendeinem Zeitpunkt des Aufenthalts Gründe, die einem weiteren Aufenthalt in der SothA widersprechen, vor, wird der Gefangene (zurück) in den Regelvollzug verlegt. Anlass hierzu können Verstöße gegen vollzugliche Regelungen (wie der Missbrauch von Lockerungen), subkulturelle Verstrickung oder therapeutische Unzulänglichkeiten (wie eine andauernde Therapieverweigerung) sein. Dem Gefangenen besteht trotzdem weiterhin die Möglichkeit sich erneut in der SothA zu bewerben. Durchläuft der Gefangene die Behandlungsphase erfolgreich, wird er entweder direkt aus der SothA entlassen oder kann, soweit die Anbindung an eine Einrichtung des Offenen Vollzugs besteht, vor Abschluss der Haftstrafe hierher verlegt und entlassen werden.

Abb. 10: Phasen des SothA-Aufenthalts



Als Beispiel: In der Sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg-Fuhlsbüttel wird der Gefangene nach Einweisung zunächst auf der Zugangsstation räumlich getrennt von den anderen Gefangenen für eine dreimonatige Probezeit untergebracht. In dieser Zeit findet eine erste Gewöhnung an die neue Haftsituation statt, in der der Gefangene an ersten Behandlungsgruppen teilnimmt. Zum Abschluss der Probezeit liegt die umfassende Einweisungsdiagnostik und der Vollzugsplan vor, die ferner auch vorsehen, ob eine anschließende Unterbringung auf der Motivationsstation angezeigt ist oder ob der Gefangene direkt auf die Behandlungsstation verlegt wird. Bei sehr langen Haftstrafen oder bei Einschätzung, dass der Gefangene noch nicht für die intensive (Gruppen-) Therapie auf der Behandlungsstation bereit ist, findet auf der Motivationsstation eine niedrigschwellige Behandlung statt. Die Dauer der Unterbringung auf der Motivationsstation richtet sich nach dem individuellen Behandlungsbedarf des Gefangenen. Im Anschluss daran wird der Gefangene auf die Behandlungsstation verlegt, wo die intensive Behandlungsarbeit (im engeren Sinne) stattfindet. Erweist sich der Gefangene hier als geeignet, erfolgt eine stufenweise Lockerung, die im optimalen Fall in der Verlegung in den Offenen Vollzug mündet. Hierzu wird der Gefangenen 6 bis 24 Monate vor (aviertem) Haftende in die JVA Hamburg-Bergedorf verlegt, sodass die Entlassung aus dem Offenen Vollzug erfolgt. Ist die Resthaftzeit zu kurz oder ist der Gefangene nicht lockerungsgerecht, erfolgt die Entlassung zum Terminende direkt aus der SothA Hamburg-Fuhlsbüttel.

D.3 Unterschiede zum Normalvollzug: Rechte und Pflichten sowie Freiräume der SothA-Gefangenen

Mit Verlegung in die Sozialtherapie sollten die Gefangenen über die damit verbundenen **Rechte und Pflichten** informiert werden. Damit sie verbindlich wissen, welche Regeln dort für sie gelten, sollten diese auch in den jeweiligen Konzepten beschrieben werden. So kann ein fixer Tages- bzw. Wochenplan für die Insassen gerade am Anfang eine hilfreiche Orientierung bieten. Auch könnten Punkte wie das Tragen privater Kleidung, Bargeldbesitz, selbstverantwortliche Hygiene und Sauberkeit, Wohngruppensitzungen, Ansprechpersonen für Probleme und Beschwerden sowie die Mitgestaltung der Räumlichkeiten und Anlage oder die Überwachung des Kontakts nach außen verbindlich dargestellt werden. In diesem Abschnitt weisen die untersuchten Konzepte am häufigsten fehlende Items auf: Bei 36 der gesichteten Konzepte (62,1 %) fanden sich dazu lückenhafte bis gar keine Angaben. Das mag zum einen an deren Spezifität liegen und zum anderen daran, dass einige Punkte vielleicht für so selbstverständlich gehalten werden, dass sie aus Sicht der Praktiker keiner gesonderten Erwähnung bedürfen. Das verbindliche Festhal-

ten dieser Punkte im Konzept dient neben der Etablierung von gemeinsamen Verhaltensstandards auch der Vorbeugung von Willkür hinsichtlich der Konsequenzen bei Zuwiderhandlungen.

Um diesen Punkt etwas näher zu beleuchten, wurden im Rahmen der Stichtagserhebung 2012 Zusatzfragen zu diesem Themenbereich gestellt (vgl. H.3). Im Folgenden werden vor allem die zeitlichen Parameter näher beleuchtet.

Die sozialtherapeutischen Einrichtungen haben werktags (Montag bis Freitag) durchschnittlich zwischen 10 und 13,1 Stunden **Aufschluss**. Die tatsächliche Spannweite über alle Einrichtungen hinweg entspricht der theoretisch möglichen: von keinem Aufschluss bis maximal 24 Stunden. Betrachtet man den durchschnittlichen Aufschluss nach Klientel differenziert, so zeigt sich der Tendenz nach, dass Frauen (mindestens 12,5; maximal 19,3 Stunden) die größten Freiräume diesbezüglich haben und dies bei Jugendlichen am restriktivsten (mindestens 5,6 Stunden; maximal 10 Stunden) gehandhabt wird. Hinsichtlich der Aufschlusszeiten an den Wochenenden bzw. Feiertagen zeigt sich der Tendenz nach insgesamt eine Verkürzung um etwa 3 bis 4 Stunden. Eine Ausnahme hiervon sind die Fraueneinrichtungen, die entweder gleich bleibende Aufschlusszeiten haben (3) oder an Wochenenden/Feiertagen diese ausdehnen.

Beim **Hofgang** zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Tagen. Im Vergleich zu den Aufschlusszeiten zeigt sich beim Hofgang eine drastische Verkürzung – teilweise fast bis auf das gesetzliche Minimum (Frauen nehmen hier wieder eine Sonderstellung ein). Insgesamt ist festzustellen, dass bei den Gefangenen innerhalb der Sozialtherapie diesbezüglich kaum Unterschiede gemacht werden und es nur bei reichlich einem Fünftel der Einrichtungen beim Hofgang Unterschiede zum Normalvollzug gibt.

Zusammenfassend kann man bezüglich der Freiräume der Gefangenen festhalten, dass es einerseits ein Gefälle vom werktäglichen Aufschluss (Mo bis Fr) zum wochenendlichen (Sa, So, Feiertag) gibt und andererseits ein großes Gefälle hinsichtlich des Umfangs des Hofgangs. Die sozialtherapeutischen Einrichtungen nähern sich dem Normalvollzug bezüglich der Aufschlusszeiten besonders am Wochenende und Feiertagen sowie beim Hofgang insgesamt an. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre die Abdeckung dieser Aufgaben durch Personal der Gesamtanstalt (vgl. *Tabelle 11*). Sofern es ihre Selbstständigkeit unter (auch finanziellen) Personalgesichtspunkten zulässt, schaffen sie auf diese Weise das für die Behandlung erforderliche Klima mit eigenen Erprobungsräumen: *Na, wir haben hier längere Aufschlusszeiten oder [den] können die sich zumindest erarbeiten, so, längeren Aufschluss, also den ganzen Tag bis offene Mittagszeit, Aufschluss. Außer, wenn sie sowieso zur Arbeit gehen, dann klar, dann sind sie ja eh nicht im Haftraum, aber für die, die jetzt aus*

irgendwelchen Gründen keine Arbeit haben, oder so, ähm die haben halt den ganzen Tag hier die Möglichkeit hier herum zu laufen oder eben den Kraftsportraum zu nutzen. [...] Es gibt hier so etwas, wie interne Lockerungen. (.) Nach einer bestimmten Zeit, wenn sie sich hier bewährt haben, dürfen sie aus dem Haus heraus und um das Haus herum, meinetwegen in der Sonne sitzen [...] Na ja, und allein das selbst entscheiden. Ich glaube, da geht es auch, natürlich im Sommer darum, auch draußen sein zu können, wann ich möchte. Aber es geht auch darum, ein Stückchen Autonomie zu haben. (.) Äh-, der Beamte steht nicht da und sagt "Freistunde", und ich gehe mit, sondern ich sage "Ich mach jetzt, ich gehe jetzt raus." und dann sage ich nur "Hallo, Herr So-wieso, drücken Sie mich mal raus, lassen Sie mich mal durch." Und der sagt "Ja" und ich habe grade entschieden, ich gehe jetzt vor die Tür und ich darf vor die Tür. So. Es gibt ja in Haft kaum etwas, was die alleine entscheiden dürfen, ganz wenig haben die nur. Und ich glaube, das ist auch ganz wichtig und das Vertrauen, was wir ihnen damit entgegenbringen. Das wertschätzen die schon auch.

Allerdings wird vor allem von AVD-Bediensteten (unter Umständen in Bezug auf bestimmte Gefangene) folgendes kritisch angemerkt: *Das sind schon über 100 % mehr Freiheiten als sie im normalen Regel-Vollzug haben, allein was mit Besuch und Freizeit und-, und Hofgang haben und trotzdem versuchen sie es halt dann immer noch weiter auszureizen [vielmehr ist wohl missbrauchen gemeint].*

Hinsichtlich des **(Langzeit-)Besuchs** antworten deutlich mehr Einrichtungen „nach Bedarf“. Aus dieser Angabe lässt sich inhaltlich nicht mehr schließen, als dass die Einrichtungen je nach Einzelfall damit umgehen. Dies ist sicherlich im Sinne einer Erprobung neuer Räume und der Gewährung von Anerkennung; jedoch birgt es auch die Gefahr (des Eindrucks) von Willkür. So machen zwar fast alle Einrichtungen Angaben zur minimal möglichen **Besuchsdauer**, diese beträgt im Durchschnitt 4,4 Stunden monatlich; allerdings nur 53 (84,1 %) zur maximal möglichen Besuchsdauer, diese beträgt 8,4 Stunden. Eine der Fraueneinrichtungen gewährt sogar unbegrenzt Besuch. In 7 Einrichtungen (11,1 %) bestehen Unterschiede innerhalb der SothA, 18 Einrichtungen (28,6 %) unterscheiden sich diesbezüglich vom Normalvollzug. **Langzeitbesuch** ist in 29 Einrichtungen (46,1 %) möglich; hier sind kaum Unterschiede innerhalb der SothA (3 = 4,8 %) bzw. zum Normalvollzug (2 = 3,2 %) zu verzeichnen. Während über die Hälfte der Männereinrichtungen (22 = 57,9 %) Langzeitbesuch anbieten, ist dies nur in 6 Jugendeinrichtungen (28,6 %) und einer Fraueneinrichtung (25 %) der Fall; möglicherweise erklärt sich dies durch die in der Regel kürzeren Haftdauern der beiden letztgenannten Gruppen.

Tab. 11: Freiräume der sozialtherapeutischen Gefangenen 2012 (im Vergleich zum Normalvollzug)

	Aufschluss (Mo bis Fr)				Aufschluss (Sa, So, Feiertage)				Hofgang (Mo bis Fr)				Hofgang (Sa, So, Feiertage)			
	min	max	U- SothA	U-NV	min	max	U- SothA	U-NV	min	max	U- SothA	U-NV	min	max	U- SothA	U-NV
Jugendliche (21)	5,6	10,2	4	13	4,6	7,2	3	11	0,9	1,5	2	4	1,0	1,7	1	3
Männer (38)	12,1	14,1	4	26	8,7	10,7	4	22	1,7	2,9	2	9	1,9	2,8	2	10
Frauen (4)	12,5	19,3	0	4	13,3	20,1	0	4	8,7	13,0	0	2	12,5	13,0	0	2
Gesamt Ø (63/63)	10,0	13,1	12,7 %	68,3 %	7,6	10,1	11,1 %	58,7 %	1,8	2,8	6,3 %	22,2 %	1,9	2,8	4,8 %	23,8 %
BW (4)	10,5	12,3	1	1	6,9	7,6	1	1	0,6	1,4	-	-	0,5	1,6	-	-
BY (14)	9,4	11,3	-	10	7,2	9,3	-	6	1,0	1,4	-	1	1,4	1,9	-	1
BE (3)	13,9	14,9	-	2	12,9	13,9	-	1	2,6	3,6	-	1	2,7	4,0	-	1
BB (2)	8,5	13,5	2	2	5,0	7,0	2	2	3,0	6,5	2	2	2,5	4,0	1	1
HH (2)	8,3	18,0	2	2	9,3	16,0	1	2	1,5	10,0	2	2	3,8	9,0	2	2
HE (2)	5,5	13,8	-	-	5,0	11,3	-	-	1,0	1,0	-	-	1,5	1,8	-	-
MV (2)	7,3	14,1	1	2	5,5	10,9	1	2	1,0	2,0	-	1	1,0	2,5	-	2
NI (11)	10,8	15,2	-	1	9,7	13,0	2	9	4,6	6,3	-	5	4,5	5,9	-	6
NW (9)	11,9	12,7	-	6	7,3	7,3	-	5	0,8	1,1	-	-	0,8	1,1	-	-
RP (4)	9,0	10,5	-	2	6,4	6,6	-	2	1,0	1,3	-	-	1,0	1,4	-	-
SL (2)	12,0	15,0	-	2	8,0	8,0	-	2	1,0	2,0	-	1	1,0	1,5	-	-
SN (3)	6,2	14,5	-	3	2,4	14,2	-	1	1,0	1,5	-	-	1,0	1,5	-	-
ST (1)	14,0	14,0	-	1	10,0	10,0	-	1	1,5	1,5	-	1	1,5	2,5	-	1
SH (2)	13,5	14,5	-	1	12,0	13,0	-	1	2,0	2,5	-	1	3,0	3,5	-	1
TH (2)	4,5	3,0	-	-	4,8	2,0	-	-	1,0	1,5	-	-	1,0	1,5	-	-

Anmerkung: In die Durchschnittsberechnungen gingen die Angaben „nach Bedarf“ (n. B.) nicht ein. Daher kann es durchaus sein, wie beispielsweise in Thüringen (TH), dass der Maximalwert unter dem Minimalwert liegt. Das resultiert daraus, dass in diesem Falle beide Einrichtungen die Minimalanzahl der täglichen Stunden beim Aufschluss (Mo bis Fr) angaben, eine davon jedoch bei der Maximalanzahl „n. B.“ eintrug.

Auch die durchschnittlichen Stundenwerte beziehen nur die gültigen Angaben mit ein. Daher sind die Basis nicht immer 63 Einrichtungen.

	Besuchsdauer				Ausführungs- und Ausgangs- umfang (Freizeit)				Bargeldbesitz			Tragen privater Kleidung			Uniformierung der Bediensteten		
	min	max	U-SothA	U-NV	min	max	U- SothA	U-NV	ja	U- SothA	U-NV	ja	U- SothA	U-NV	ja	U- SothA	U-NV
Jugendliche (21)	4,3	6,7	2	4	3,0	19,8	1	4	1	1	-	15	2	4	15	-	3
Männer (38)	4,4	9,5	4	11	2,4	13,9	4	10	5	2	3	32	-	7	22	1	11
Frauen (4)	5,7	5,0	1	3	12,0	52,0	1	2	2	-	2	4	-	1	1	1	1
Gesamt Ø (63/63)	4,4	8,4	11,1 %	28,6 %	3,1	18,8	9,5 %	25,4 %	12,7 %	4,8 %	7,9 %	81,0 %	3,2 %	19,0%	60,3%	3,2%	23,8%
BW (4)	2,0	6,8	1	-	0,8	18,7	2	1	2	1	-	4	-	-	2	-	-
BY (14)	2,2	4,7	2	1	1,6	7,9	2	4	-	-	-	8	-	1	14	-	-
BE (3)	7,0	10,5	-	2	15,0	104,0	-	2	1	-	1	2	-	-	1	-	-
BB (2)	4,0	7,0	-	-	4,0	n. B.	-	-	-	-	-	2	1	1	1	-	1
HH (2)	5,0	8,0	2	2	0,0	0,0	-	-	-	1	1	2	-	-	1	1	1
HE (2)	4,5	12,3	-	-	1,0	24,0	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-
MV (2)	2,5	4,0	-	-	0,0	0,0	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	-
NI (11)	4,7	8,4	1	7	2,6	34,9	1	5	4	1	3	11	-	3	5	1	4
NW (9)	9,2	11,6	-	3	1,5	4,0	1	3	1	-	-	8	1	3	2	-	5
RP (4)	6,0	7,3	1	-	3,0	10,7	-	-	-	-	-	4	-	1	4	-	-
SL (2)	3,0	4,0	-	1	13,0	13,0	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
SN (3)	2,0	33,0	-	1	0,0	n. B.	-	1	-	-	-	2	-	1	1	-	1
ST (1)	2,0	3,0	-	1	12	n. B.	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
SH (2)	4,0	4,0	-	-	0,0	n. B.	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1
TH (2)	3,5	n. B.	-	-	0,0	n. B.	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-

Noch größere Spielräume ergeben sich offensichtlich beim monatlichen **Ausführungs- und Ausgangsumfang (Freizeit)**. Hier antworteten teilweise bis zu 41 % der Einrichtungen „nach Bedarf“. Der Durchschnitt beträgt zwischen 3,1 und 18,8 Stunden. Auffällig ist, dass bei Männern im Durchschnitt die maximale Freizeitdauer (2,4 bis 13,9 Stunden) deutlich geringer ist als bei Jugendlichen (3 bis 19,8 Stunden) und Frauen (12 bis 52 Stunden).

Bargeldbesitz ist in durchschnittlich 12,7 % der Einrichtungen, d. h. in vier Ländern, möglich. Dabei bestehen innerhalb der SothA (4,8 %) bzw. zum Normalvollzug (7,9 %) kaum Unterschiede.

Einen eigenen **Hafttraumschlüssel** haben hingegen fast alle SothA-Gefangenen (84,1 %). Nur in einer Jugendeinrichtung (4,8 %) und in 9 Männer-einrichtungen (23,7 %) ist dies nicht der Fall. Unterschiede zum Normalvollzug gibt es bei 20,6 % der Einrichtungen. Das **Tragen privater Kleidung** ist ebenfalls nahezu überall erlaubt (81 %). Nur in jeweils 6 Einrichtungen für Jugendliche (28,6 %) und Männern (15,8 %) ist dies nicht möglich; innerhalb der SothA bestehen nur in 2 der 15 Einrichtungen für Jugendliche (13,3 %) Unterschiede.

Bedienstete sind in 38 Einrichtungen (60,3 %) uniformiert; die **Nicht-Uniformierung der Bediensteten** ist in fast einem Viertel der sozialtherapeutischen Einrichtungen ein Unterschied zum Normalvollzug.

D.4 Integrative Sozialtherapie: Behandlungsausrichtung und -programme

Die zentrale Aufgabe der Sozialtherapeutischen Abteilungen/Anstalten besteht in der angemessenen Behandlung inhaftierter Straftäter, um deren Rückfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren. Dementsprechend sollte gerade darauf viel Wert gelegt werden. Zu berücksichtigen sind dabei neben den Prinzipien der Behandlung (vgl. B), dass zwischen möglichst individualisierten Maßnahmen zur passgenauen Behandlung Einzelner dennoch nach gleichen psychologischen und sozialtherapeutischen Grundsätzen – auch im Sinne einer untereinander vergleichbaren Methodik – gehandelt wird.

Hinsichtlich der **Behandlungsausrichtung** der untersuchten Einrichtungen lässt sich anhand der Konzepte zunächst feststellen, dass sieben dazu keine Angaben machten (12,1 %). Der Großteil der Einrichtungen (90,3 %) behandelt (auch) nach einem kognitiv-behavioralen Ansatz, über die Hälfte (54,9 %) ausschließlich danach; nur vier SothAs (6,9 %) beziehen sich nicht auf diesen Ansatz. Weitere Ausrichtungen sind tiefenpsychologisch (27,5 %), psycho-

analytisch/-dynamisch (27,5 %) und systemtherapeutisch (11,8 %).³³ In 23 Einrichtungen (45,1 %) basieren die Behandlungsmaßnahmen auf zwei oder mehreren Grundlagen.

In kognitiv-behavioralen Programmen für (Sexual-)Straftäter erfolgt die Rückfallprophylaxe über Erarbeitung individueller Bewältigungsstrategien für Risikosituationen, nachdem zuvor das Delikt rekonstruiert wurde, d. h. die Faktoren, die vor, während und nach der Tat aus Sicht des Täters eine wesentliche Rolle gespielt haben (Verhaltensweisen, Gefühle, Körperempfindungen, Fantasien und Gedanken). Zur Reduktion kognitiven Verzerrungen soll zum Aufbau von (Opfer-)Empathie häufig auch die Perspektive des Opfers – oft mithilfe von Medien (Video mit Schilderungen von Opfern, Rollenspiele) – eingenommen werden.³⁴ Das im Deutschland am weitesten verbreitete Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (**BPS**) gliedert sich in einen deliktun-spezifischer Teil, in dem es in modularisierter Form um Gesprächsverhalten, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Stressmanagement, Empathie, Kommunikationstraining, menschliches Sexualverhalten geht. Im sich anschließenden delikt-spezifischen Teil stehen die persönliche Lebensgeschichte sowie kognitive Verzerrungen, Stufen der Begehung von Sexualstraftaten, Risikosituationen, Kontrolle sexueller Fantasien, Opferempathie, Rückfallprävention im Mittelpunkt.

Das BPS ist ein modularisiertes Gruppenprogramm mit einem Gesamtumfang von ca. 80 Sitzungen von eineinhalb Stunden, die ein- bis zweimal wöchentlich stattfinden, wodurch sich eine Durchführungszeit von 10 bis 18 Monaten

33 Die SothA Celle, die ausschließlich Behandlungsmotivation durchführt, wendet dafür das Konzept des Motivational Interviewing an und erläutert diese – nicht allgemein als bekannt voraussetzende – Methode ausführlich und verständlich im Rahmen ihres Konzepts. In der Untersuchung von Gunda Wößner (2002: 17) hielten sich der eklektische und verhaltenstherapeutische Ansatz die Waage.

34 Unter Wirksamkeitsaspekten muss hinzugefügt werden, dass beispielsweise zwischen (Opfer-) Empathie und (sexuellem) Rückfall kein Zusammenhang besteht (vgl. Brown et al. 2012). Fehlende Opferempathie (oder auch fehlende Verantwortungsübernahme für die Straftat (Leugnen) sowie fehlende soziale Kompetenzen) stellt somit keinen dynamischen Risikofaktor dar, auch wenn die Mehrzahl der durchgeführten Programme gerade die Veränderung in diesen Bereichen zum Ziel hat (vgl. Hanson & Morton-Bourgon 2004, 2005). Im besten Falle rührt daher die Modifikation in einigen sozialtherapeutischen Einrichtungen. Insgesamt muss jedoch festgestellt werden, dass unter kognitiv-behavioralen Behandlungsprogrammen eine große Spannbreite besteht und wahrscheinlich nur wenige ausschließlich kriminogene Bedürfnisse („needs“, vgl. RNR-Modell in Abschnitt B) adressieren. Bezogen auf den Gesamteffekt der Behandlung besteht eine negative Korrelation zwischen dem Adressieren (auch) nicht-kriminogener needs und Rückfälligkeit (Andrews & Bonta 2006 nach Marshall & Marshall 2010). Entscheidend ist neben der Implementation des Programms (vgl. Andrews & Dowden 2005) auch die Qualität des Gruppenklimas sowie des Therapeuten (vgl. dazu auch Marshall & Burton 2010).

ergibt. Es besteht aus einem *deliktunspezifischen* (U-Teil) und einen *delikt-spezifischen* Teil (S-Teil), die zeitlich aufeinanderfolgend durchgeführt werden.

In Teil U werden folgende Inhalte bearbeitet: Gesprächsverhalten, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Rückmeldung geben und empfangen, Stressmanagement, Wahrnehmung von Gefühlen, moralisches Handeln und Empathie, Kontakt- und Kommunikationstraining, Geschlechterrollenstereotypen, Suchtmittelkontrolle und menschliches Sexualverhalten. Der Entwicklung der sozialen Perspektive kommt eine große Bedeutung zu, die generell befriedigende soziale Kontakte begünstigen soll. Entsprechend bildet das Kommunikations- und Problemlösetraining eine wichtige Grundlage für den adäquaten Austausch und Umgang mit Behandlungspersonal und Mit-Insassen zur Schaffung eines konstruktiven therapeutischen Klimas innerhalb der Gruppe. Die Einbettung der Lerninhalte in ein Gruppensetting eröffnet zudem die Möglichkeit, Gelerntes unmittelbar im Austausch mit Mit-Insassen anzuwenden. Während Teil U als niedrigschwelliger Einstieg in die Behandlung verstanden werden kann, werden im darauf folgenden Teil S das Tatgeschehen des Sexualdelikts und dessen weitreichende Umstände und Folgen in den Fokus gerückt, indem folgende Inhalte erarbeitet werden: persönliche Lebensgeschichte, kognitive Verzerrungen, Stufen der Begehung von Sexualstraftaten, scheinbar belanglose Entscheidungen, Risikosituationen, das Problem der unmittelbaren Befriedigung, Kontrolle sexueller Fantasien, Ablauf der Straftat (Deliktszenario), Opfer-Empathie, und Rückfallprävention. Die in Teil U erlernten Inhalte des Problemlösetrainings werden auf das Deliktszenario angewandt, um alternative Entscheidungsmöglichkeiten zu entwickeln, die in risikobehafteten Situationen vor der Begehung einer (weiteren) Sexualstraftat schützen sollen. Damit einhergehendes Ziel ist eine Steigerung des Gefühls der Selbstwirksamkeit, das vor allem die Fähigkeit zur Bewältigung kritischer Situationen stärken soll (vgl. z. B. Wischka et al. 2002, Wischka 2005 bzw. Wischka 2014: 28 ff.).

Im Vergleich zu den Konzepten lag 2012 in 55 Einrichtungen (87,3 %) der Behandlungsschwerpunkt auf kognitiv-behavioralen Methoden, in 39 ausschließlich (61,9 %). Allerdings bezogen sich nunmehr 7 SothAs (11,1 %) nicht mehr darauf; möglicherweise sind diese durch die fehlenden Angaben in den Konzepten durch die Befragung veranlasst worden, ihren Ansatz zu konkretisieren. 6 Einrichtungen arbeiten ausschließlich nach dem tiefenpsychologischen Ansatz (9,5 %; vgl. *Tabelle 12*). Auch scheint die Behandlungsvielfalt zurückgegangen sein: Nur noch 18 Einrichtungen (28,6 %) verfolgen mehrere Ausrichtungen.

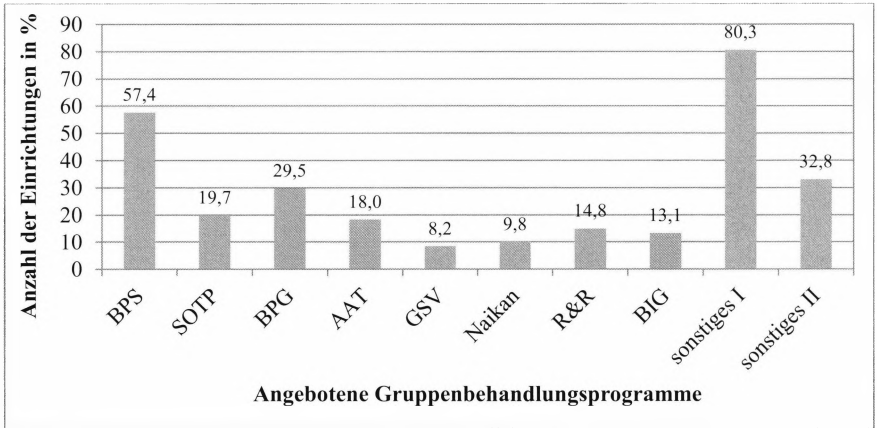
Tab. 12: Systematisierung der Behandlungsschwerpunkte

Ausrichtung	2011 (Konzepte; n=51/58)	2012 (Befragung; n=63)
kognitiv-behavioral	46 = 90,2 %	55 = 87,3 %
- davon ausschließlich	28 = 54,9 %	39 = 61,9 %
tiefenpsychologisch	14 = 27,5 %	20 = 31,7 %
- davon ausschließlich	-	6 = 9,5 %
systemisch	6 = 11,8 %	5 = 7,9 %
psychoanalytisch-/dynamisch	11 = 21,6 %	4 = 6,3 %
gestalt-/gesprächstherapeutisch	-	2 = 3,2 %

Alle untersuchten Einrichtungen bieten sowohl **Einzel- als auch Gruppenbehandlungsmaßnahmen** an, wobei letzteres den Standard darstellt. Einzelmaßnahmen dienen vor allem als Ergänzung oder zusätzliche Option für Häftlinge, die im Gruppensetting nicht vollständig erreicht werden können. Als Einzelmaßnahmen bieten alle Einrichtungen Einzelgespräche (mit verschiedenen Berufsgruppen) und/oder Psychotherapie an. Explizit von einem Psychotherapeuten durchgeführte Angebote ermöglichen gemäß ihren Konzepten immerhin 14 SothA (24,1 %). Erwartungsgemäß werden die Gruppenangebote vor allem von den anderen Berufsgruppen angeboten.

Bezüglich der **Gruppenbehandlungsprogramme** war eine Vergleichbarkeit bzw. Fortschreibung der bestehenden quantitativen Daten durch die Zusatzfragen der Stichtagserhebung 2011 (vgl. H.2) weitgehend möglich. Im Vergleich zu Spöhr (2009: 95 f.) bleibt das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS; Wischka 2005, 2013) das am meisten angewendete Programm. *Abbildung 11* zeigt allerdings auch einen hohen Prozentsatz von „sonstigen“ Gruppenbehandlungsprogrammen, was zudem abermals eine große Heterogenität vermuten lässt. Von den 80,3 % der Einrichtungen, die ein sonstiges Behandlungsprogramm anbieten, hat etwa ein Drittel (31,1 %) ein zweites „sonstiges Behandlungsprogramm“. Zudem wurde häufig von der Möglichkeit zu Anmerkungen dahingehend Gebrauch gemacht, dass die standardisierten Gruppenbehandlungsprogramme modifiziert worden seien bzw. sich daran angelehnt werde. Was genau warum modifiziert worden ist, wurde dabei aber nicht genannt.

Abb. 11: Gruppenbehandlungsprogramme in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Zusatz 2011; Mehrfachnennungen möglich)



Durchschnittlich werden 2,8 Behandlungsprogramme pro Einrichtung angeboten. Aus *Tabelle 13* lassen sich weitere Differenzierungen der Befragungsdaten 2011 nach Ländern bzw. Klientel entnehmen.

Tab. 13: Gruppenbehandlungsprogramme in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Zusatz 2011, Mehrfachnennungen möglich)

	BPS	SOTP	BPG	AAT	GSV	Nai- kan	R&R	BIG	sonst I	sonst II
Jugendliche (19)	10	4	8	4	-	2	3	3	15	6
Männer (38)	24	8	10	7	5	3	6	4	30	12
Frauen (4)	1	-	-	-	-	1	-	1	4	1
<i>Summe</i>	<i>35</i>	<i>12</i>	<i>18</i>	<i>11</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>9</i>	<i>8</i>	<i>49</i>	<i>19</i>
BW (4)	3	-	3	-	-	-	-	-	2	1
BY (14)	3	1	-	2	-	-	4	2	13	10
BE (3)	1	1	1	-	-	-	1	-	3	1
BB (2)	2	-	2	-	1	-	-	-	2	1
HH (2)	-	1	2	-	-	-	-	1	2	1
HE (2)	-	2	-	-	-	-	1	-	2	2
MV (2)	1	2	2	-	-	-	2	-	2	1
NI (11)	8	2	2	-	3	4	1	1	8	2
NW (9)	8	-	3	3	-	-	-	4	6	-
RP (4)	4	-	-	4	-	1	-	-	2	-
SL (1)	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
SN (3)	3	-	2	-	1	1	-	-	2	-
ST (1)	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-
SH (1)	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
TH (2)	-	2	-	2	-	-	-	-	2	-
<i>% von 61/61</i>	<i>57,4</i>	<i>19,7</i>	<i>29,5</i>	<i>18</i>	<i>8,2</i>	<i>9,8</i>	<i>14,8</i>	<i>13,1</i>	<i>80,3</i>	<i>31,1</i>

Vergleicht man diese quantitativen Angaben mit den Ergebnissen der Analyse der Behandlungskonzepte, so ergeben sich sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen (vgl. *Tabelle 14*). Dies könnte einerseits auf die unterschiedlichen Zeitpunkte zurückzuführen sein. Die schriftliche Befragung 2011 war strukturell aktueller als der Erstellungszeitpunkt der (meisten) Konzepte. Andererseits könnten Schwankungen im Hinblick auf die Behandlungsprogramme auch aus der verschiedenen Erhebungsmethode resultieren: So wurde in der Befragung explizit gefragt, welche Programme Anwendung finden; wohingegen in den Konzepten vielfach von (möglichen) Angeboten gesprochen wurde, die natürlich auch das entsprechend qualifizierte Personal voraussetzen. Berücksichtigt man dies, so lässt sich beispielsweise feststellen, dass das R&R in der Praxis weniger Anwendung findet als in den Konzepten angedacht ist (14,8 % vs. 22,4 %); allerdings scheint sich das BPS im Zeitverlauf etabliert zu haben (57,4 % vs. 41,4 %).

Tab. 14: Anzahl der Einrichtungen mit spezifischen Gruppenbehandlungsprogrammen (Konzepte 2011)

Behandlungsmaßnahme	Anzahl der Einrichtungen
BPS/BPG	24 = 41,4 %
SOTP	9 = 15,5 %
Deliktsspezifisch (sonstige)	29 = 50 %
Deliktunspezifisch/allgemein	28 = 48,3 %
Sexualität und Geschlechterrollen	11 = 19 %
Suchtproblematik	21 = 36,2 %
R&R	13 = 22,4 %
Rückfallmeidung und Prävention	10 = 17,2 %
Entlassungsvorbereitung	9 = 15,5 %

Festzustellen ist im Vergleich zur Vorgänger-Untersuchung auch, dass das Programm von Eldridge & Bullens (2000; E&B) – im Gegensatz zum Reasoning and Rehabilitation Programme (Ross et al. 1988; R&R) – sowohl konzeptionell als auch tatsächlich verschwunden zu sein scheint (vgl. Spöhr 2009: 96). Einerseits könnte es auch in der Behandlung modeähnliche Erscheinungen geben. Andererseits liegt als Erklärungsansatz auch nahe, dass die schriftlichen Angaben auch durch die vorgegebene standardisierte Auswahl beeinflusst und vorstrukturiert werden: So wurde in der Vorgänger-Untersuchung das E&B explizit aufgeführt, in der nachfolgenden jedoch nicht. Dennoch hätten die Angaben bei zeitlicher Konstanz gleichermaßen ausfallen müssen, war doch in beiden Zusatzbefragungen die Möglichkeit gegeben, Ergänzungen in offener Form vorzunehmen.

In einigen Fällen ist es nicht auszuschließen, dass bei festen Gruppen auch nachträglich noch Personen aufgenommen werden müssen, auch wenn dies im Manual möglicherweise gar nicht vorgesehen ist bzw. entgegen der Meinung des Gruppenleiters von der SothA-Leitung versucht wird durchzusetzen: *das hat sie sogar ganz offen gesagt. {mit verstellter Stimme} "Leute, wie sieht das aus, wenn man von außen drauf guckt? SOTP mit sieben Insassen. Wie sieht das aus?" {wieder in normaler Stimme} Ja, wie sieht das aus? Warum-, das ist doch nicht schlecht. Also sie glaubt, äh es macht einen besseren Eindruck, wenn wir-, sie das SOTP neun, zehn Leute stecken. /I: Okay/ Ne? Das macht-, nach dem Motto "Ah, mein-, de-, da wird hier-, wird geleistet." (.) Aber sie will keine kleinen Gruppen. /I: Aha/ Und-ich finde die kleinen Gruppen funktionieren aber besser und [...] da sind sehr schwer Gestörte dabei, in dieser Gruppe. Da sind sieben Leute wirklich genug. Und vor allem Leute, die grade frisch aufgenommen worden sind, ne und stellte sich heraus, zum Beispiel der Insasse, den sie mir wieder rein drücken wollte, habe ich heute morgen erfahren, der war noch vor wenigen Wochen in der Psychiatrie, weil der so psychiatrisch auffällig war, ne?*

Weiterhin wurde anhand der Konzepte untersucht, ob es für jeden Häftling eine eigene **Behandlungsakte** gibt. Die regelmäßige Einschätzung der Entwicklung des Probanden auf Grundlage des aktuellen Behandlungsfortschritts im Sinne einer Verlaufsdagnostik erscheint als selbstverständlich und sollte dennoch schriftlich in den Konzepten verankert sein. Diesen Standard erfüllen 38 der 58 Einrichtungen (65,5 %); 20 (34,5 %) machten zu diesem Punkt keine Angaben. Die Behandlungsakte enthält im Idealfall alle wichtigen Informationen über den Gefangenen: von der Aufnahme in die Sozialtherapie, über dessen Behandlungsziele und den -verlauf sowie Lockerung(sprüfung)en etc. Auf diese Weise wird die Behandlung nachvollziehbar dokumentiert;³⁵ die verbindliche Transparenz dient zudem der gezielten Fortschreibung und Kontinuität der (weiteren) Behandlung(splanung) sowie Reflexion im Rahmen von regelmäßigen Behandlungskonferenzen.

Um sowohl den Umfang der (verpflichtenden und maximal möglichen) Therapie als auch das an der **Behandlung** beteiligte Personal besser einschätzen zu können,³⁶ wurden im Rahmen der Stichtagserhebung 2012 zu diesem Themenbereich Zusatzfragen gestellt. Auch hier antworteten einige Einrichtungen

35 Vgl. zu den Dokumentationssystemen z. B. Hollweg & Rehder 2002, Wirth 2001 (NRW) bzw. Endres & Bieneck 2011 (BY).

36 Für den Außenstehenden war anhand der Konzepte nicht genau ersichtlich, wo der Unterschied zwischen Deliktorientierter Gruppe, Deliktorientiertem Training, Deliktorientierter Gruppentherapie, Deliktorientierter Trainingsgruppe u. Ä. besteht – zumal meist nicht geklärt wird, auf welcher Basis diese Behandlungen aufbauen und worin ihre Spezifität liegt.

wieder mit „nach Bedarf“ (n. B.), in die Durchschnitts-Berechnungen gingen diese Angaben wegen fehlender Konkretheit nicht ein. Anhand der *Tabelle 15* lässt sich bezüglich der *Einzelbehandlung* bei einem Psychologen feststellen, dass es sich durchschnittlich um kaum mehr als wöchentlich etwa ein bis zwei Stunden handelt; gleiches gilt für die Einzelbehandlung, die nicht von einem Psychologen durchgeführt wird. Wie erwartet erfolgt die Behandlung vorrangig über Gruppenmaßnahmen, die durchschnittlich wöchentlich zwischen mindestens 2,1 und maximal 4,6 Stunden dauern.

Vor allem bei Männern liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der *Gruppentherapie* – im Vergleich zu den beiden anderen Klientelgruppen liegt hier sowohl der Minimalwert der wöchentlich verpflichtenden Gruppentherapie mit 2,3 Stunden als auch der Maximalwert mit 5,5 Stunden wöchentlich deutlich höher als bei Jugendlichen und Frauen. Am behandlungsintensivsten ist hinsichtlich der Einzelmaßnahmen die Sozialtherapie für Jugendliche in Wrietzen mit mindestens 2 (bzw. 3) und maximal 10 Stunden wöchentlicher Behandlung bei einem (Nicht-)Psychologen. Gruppentherapeutische Maßnahmen mit maximal über 10 Stunden wöchentlich sind in den Männereinrichtungen Offenburg (BW; 12h), Würzburg (BY; 18h)³⁷ und Waldeck (MV; 13h) möglich.

Wohngruppensitzungen gibt es in drei Einrichtungen offensichtlich gar nicht (Adelsheim (BW, Jugendliche); München (Sexual, BY), Würzburg (BY)); andernfalls nehmen sie etwa so viel Zeit in Anspruch wie Einzelmaßnahmen. Sonstige strukturierte Behandlungsstunden sind durchschnittlich für 0,6 Stunden wöchentlich verpflichtend und zu maximal 1,1 Stunden möglich; darunter fallen vor allem (soziale) Kompetenztrainings.

37 Ob und inwiefern verschiedene andere Maßnahmen als die üblichen Gruppenbehandlungsprogramme ebenfalls als Gruppentherapie gewertet wurden – wie beispielsweise in Würzburg („Unter Gruppentherapie subsumiert sind tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Gruppen; Rückfallprävention; Konfliktbewältigungstraining; soz. Kompetenztraining; Musiktherapie; Gestaltungstherapie u. a.) – kann nicht ausgeschlossen werden.

Tab. 15: Übersicht über den Umfang der wöchentlichen Einzel- und Gruppenstunden (Zusatz 2012; vgl. Anmerkung zu Tabelle 11)

	Einzelbehandlung beim Psychologen		Einzelbehandlung NICHT beim Psychologen		Gruppentherapie		Wohngruppen- sitzung	
	min	max	min	max	min	max	min	max
Jugendliche (21)	0,9	2,3	0,8	2,4	1,8	3,6	0,9	1,5
Männer (38)	0,5	1,6	0,3	1,4	2,4	5,5	0,9	1,4
Frauen (4)	1,25	2	1	2,3	1,4	3,1	1,5	2,0
Gesamt Ø (63/63)	0,7	1,9	0,6	1,8	2,1	4,6	0,9	1,5
BW (4)	0,6	1,3	0,0	1,5	1,5	7,0	0,5	1,3
BY (14)	0,7	1,8	0,7	1,8	3,6	6,5	0,5	0,7
BE (3)	1,0	1,7	0,7	1,7	1,8	2,7	1,0	1,7
BB (2)	3,0	10,0	2,0	10,0	2,5	8,0	1,0	2,0
HH (2)	-	2,0	0,3	1,0	1,0	5,8	0,0	0,5
HE (2)	0,5	3,5	1,5	4,5	0,8	2,8	1,0	2,8
MV (2)	1,0	2,0	1,0	2,0	2,5	13,0	1,0	1,0
NI (11)	0,6	1,4	0,6	0,9	1,9	3,2	1,3	1,9
NW (9)	0,4	1,3	0,5	1,3	1,7	2,6	1,0	1,2
RP (4)	1,0	2,7	0,3	1,8	1,6	4,3	1,4	2,1
SL (2)	1,0	1,5	0,5	1,0	1,8	4,3	1,0	1,5
SN (3)	0,5	1,7	0,3	2,0	0,8	4,5	0,5	3,5
ST (1)	1,0	n. B.	-	-	3,0	n. B.	1,0	n. B.
SH (2)	0,8	2,0	0,0	4,0	2,0	4,0	1,0	2,0
TH (2)	0,3	0,8	0,5	1,0	1,8	3,5	1,0	1,5

Neben den unpräzisen Angaben in den Konzepten – beispielsweise welche Differenz zwischen einer „Therapie“ und einem „Training“ besteht – gewinnt diese scheinbare Banalität in der Benennung vor allem dann an Gewicht, wenn es um die Frage geht, wer die besagten Maßnahmen leitet und durchführt. Die unklaren Bezeichnungen wie „Behandlungsteam“ oder „Fachdienst“ spiegeln eine nur oberflächliche Aufgabentrennung wider, denn unter Fachdiensten werden für gewöhnlich sowohl Psychologen als auch Sozialpädagogen und Mediziner sowie sonstige Berufe gefasst. Bezüglich der Zuständigkeit für die Therapie wird neben diesen allgemeinen Begriffen oft angegeben, dass dies durch den sozialen Dienst, die Gruppenbetreuer oder Psychologen geschieht. Welche Qualifikationen jedoch von diesen Personen gebraucht und erbracht werden, wird weder erklärt noch angegeben, so dass die Frage aufkommt, wer die Therapie durchführt und ob die dafür notwendigen Qualifikationen mitgebracht werden. Streng genommen ist eine Approbation des Psychologen bzw. eine spezifische Zusatzausbildung Voraussetzung für die Therapie.

Zudem zeigen die Daten aus der Stichtagserhebung, dass einzelne Personen verschiedene Aufgabenbereiche – wie die Leitung der sozialtherapeutischen Einrichtung und zugleich die Durchführung der Behandlung – wahrnehmen müssen, ohne dass genau (in dem jeweiligen Arbeitsvertrag o.ä.) festgelegt wäre, in welchem Umfang dies jeweils geschehen solle. Dies spricht für eine Doppelbelastung dieser Personen (vorrangig Psychologen), die im Zweifel wohl zuungunsten der Behandlungsaufgabe ausfallen dürfte.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Stichtagserhebung 2012 die Zusatzfrage gestellt, welche Mitarbeiter zum Stichtag in der SothA therapeutisch bzw. behandlerisch tätig sind. Dafür sollte unter Profession die eigentliche Vollzugsfunktion der Mitarbeiter und unter (Zusatz-)Qualifikation den therapeutischen Ausbildungsstand angegeben werden (bei Psychologen nicht die Ausbildungsrichtung).

Zum Stichtag 2012 standen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen 1.281 Stellen zur Verfügung, von denen 97,7 % tatsächlich besetzt waren (vgl. Niemz & Lauwitz 2012: Tab. 15). Für Fachdienste werden davon 325,9 Stellen (25,1 %) vorgehalten, von denen 95,1 % tatsächlich besetzt waren; Stellen für Psychologen (46,8 %) und sonstige soziale Berufe (48,6 %) halten sich dabei in etwa die Waage. Obwohl nur 38,2 % der Psychologenstellen für Approbierte vorgesehen waren, verfügten 42,8 % der Psychologen über diese Zusatzqualifikation, die sie zur Behandlung berechtigt.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der offen gestellten Zusatzfrage stehen mehr sog. „Psychologen“ für die Behandlung zur Verfügung (135,7 %); diese Diskrepanz lässt im Zusammenhang mit der Tatsache, dass 88,1 % dieser „Psychologen“ eine Zusatzausbildung durchlaufen (haben), darauf schließen, dass im Vollzug weniger formale Bildungsabschlüsse als vielmehr praktische Fähigkeiten zählen. Dies zeigte sich u. a. auch daran, dass sich viele der Angaben nicht auf die Approbation o.ä. bezogen, sondern vielmehr inhaltliche Schwerpunkte in den Vordergrund (wie z. B. Gesprächs-, Traumatherapie oder systemische Beratung) gestellt wurden. Diese These wurde auch in den Interviews bestätigt: *und ich denke, die meisten, die im Vollzug arbeiten, arbeiten nicht-, (...) äh jetzt nicht nach der reinen Lehre, wie sie das vielleicht am ehesten noch in der Praxis, wenn überhaupt tun würden. Das geht mit den Klinikthemen nicht.*

Gemäß den Zusatzangaben 2012 sind nahezu alle Sozialpädagogen bzw. -arbeiter (98,1 %) in die Behandlung involviert. Von diesen haben wiederum 71,7 % eine Zusatzausbildung in Form eines speziellen Trainings etc. absolviert. Von dem reichlich ein Drittel (34,7 %) an der Behandlung zumindest

beteiligten Bediensteten des Allgemeinen Vollzugsdienstes können 76,3 % eine Zusatzausbildung (z. B. als Gruppen-, Übungsleiter, (Co-)Trainer oder Mediator) vorweisen (vgl. dazu auch E.3).

Insgesamt sollte bei der Behandlung in einer totalen Institution das inhärente Machtgefälle zwischen Therapeut(en) und Proband systematisch reflektiert werden; auch dazu dient eine möglichst engmaschige Supervision (vgl. E.3). Besonders bei Einzeltherapie bzw. -gesprächen stellt sich die Frage nach der Reflexion der Annahmen über den Probanden sowie im Zusammenhang dessen der eigenen (Sexualitäts-)Konzepte, denn im Gegensatz zu den manualisierten und in der Regel von zwei Personen durchgeführten Gruppenprogrammen gibt es hier keine Vorgaben, wie man beispielsweise eine Einzeltherapie anzulegen hat (Kröber 2012). „Wesentlich sind der Verzicht auf Machtmissbrauch, Transparenz im Hinblick auf Wahrnehmungen, Ziele und anstehende Entscheidungen und ein respektvoller Umgang. Der Kern der verhaltenskorrigierenden Behandlung liegt im kompetent agierenden Therapeuten.“ (Kröber 2013: 43; vgl. auch B). „According to Andrews and Bonta (2006) it is particularly that aspect of responsivity concerning therapist style and training that critically influences effectiveness. In their discussion of the general responsivity principle, Andrews and Bonta (2006) show that it is not so much the adoption of a CBT [kognitive-behaviorale Therapie] approach that produces effectiveness, but rather whether or not therapists are carefully selected for, and trained in, the appropriate skills. These skills include: empathy, warmth, respect, interest, and nonblaming communication.“ (Marshall & Marshall 2010; vgl. dazu auch E.3)

D.5 Lockerungsverfahren und Außenkontakte der Insassen

Eines der basalen Ziele der Sozialtherapie ist die Wiedereingliederung besonders rückfallgefährdeter Straftäter in ein straffreies Leben. Dafür unabdingbar ist eine alltagsnahe schrittweise Erprobung des Häftlings in immer offeneren Szenarien, um seine Belastbarkeit und Selbstkontrolle zu schulen. Das dafür zur Verfügung stehende Mittel bilden die vollzugsinternen Lockerungen bzw. die vollzugsöffnenden Maßnahmen. Die Eignung für eine solche Maßnahme sollte für jeden Insassen vor jeder anstehenden Lockerungsstufe eingehend geprüft werden.

In den untersuchten Arbeitskonzepten finden sich vor allem bei den **Lockerungs- und Entlassungsverfahren** sehr viele fehlende Angaben. 24 (41,4 %) machten keine solchen und zwei Einrichtungen (3,4 %) gaben an, überhaupt keine Lockerungen zu gewähren. In 32 (55,2 %) der 58 Konzepte wurden

Angaben zu dem von ihnen durchgeführten Lockerungsverfahren gemacht, allerdings waren die Informationen meistens oberflächlich oder umrissen das Vorgehen nur grob; 14 (43,75 %) davon griffen ausschließlich auf interne Begutachtungen zurück. Bei der Analyse der Konzepte entsteht das Gefühl, Lockerungen und Entlassungen passieren „ganz natürlich nebenbei“; nur selten finden gesonderte Verfahren bei besonderer Gefährdung Anwendung. Eine Interpretation dieses Befundes wäre, dass die Einrichtungen (in der Mehrzahl Abteilungen) dies oftmals wahrscheinlich der Gesamtanstalt überlassen (müssen) und diese wiederum davor zurückschrecken, diese Klientel sich real erproben zu lassen; möglicherweise werden daher auch Lockerungsprüfungen hinausgezögert. Sicherlich bleibt es nicht ohne Rückwirkungen auf das therapeutische Klima im Allgemeinen, wenn in zunehmendem Maße Erprobungsräume für das in der Sozialtherapie Gelernte fehlen.

Im Längsschnitt zeigt sich zum einen sehr deutlich die Abnahme der vorzeitigen Entlassungen aus der Sozialtherapie in den letzten 10 Jahren. Im Jahr 2008 überwogen bisher erstmalig die Entlassungen zum Strafende (53,4 %) deutlich im Vergleich zu den vorzeitigen Entlassungen (46,6 %; vgl. *Abbildung 3*, zum Zusammenhang zwischen Vollzugslockerungen, Unterbringung im offenen Vollzug und Legalbewährung bei Sexualstraftätern vgl. Suhling & Rehder 2009). Zum anderen sind auch die selbstständigen Lockerungen seit langem rückläufig; so nahmen in den letzten 15 Jahren die Gefangenen, die keine selbstständigen Lockerungen zum Stichtag erhielten, um mehr als 30 Prozentpunkte auf nunmehr 80 % der Gefangenen im Jahr 2013 zu: *Die Lockerungspraxis jetzt hier in der SothA war-, in ganz [Gesamtanstalt] soll es jetzt mehr werden. Der Sozialdienst wird anders geschult, auch Entlassungsvorbereitung, aber es gab hier Häuser, die hatten zwei Lockerungen (.) oder drei.*

In den Interviews eines Bundeslands hat sich gezeigt, dass die Einrichtungen im Regelfall weitgehend selbständig lockern dürfen: *Es gibt eine umfangreiche Stellungnahme zu den Lockerungen. Zur Delikt-Delinquenz-Hypothese. Was wären die Ziele in der SothA gewesen? Wie weit sind die erreicht worden? Wie ist die Legalprognose jetzt vor diesem Hintergrund zu sehen? Langfristig, die Missbrauchsprognose ist davon zu unterscheiden. Die Missbrauchsprognose ist meistens ja viel günstiger unter strukturierten Bedingungen, ja. (.) Weiß jeder, liegt das fast im Zufallsbereich, ob es draußen, es sei denn es liegt eine schwere Suchtproblematik vor, ob es draußen von neuem zu einem neuen, schwierigen Übergriff kommt. Also Legalprognose, Missbrauchsprognose, das wird dann noch mal zusammen gefügt, das wird diskutiert, das wird relativ ausführlich gemacht hier im Haus. Wird auf die Eingangsdiagnostik zurückbezogen. Da gibt es bestimmte Verfahren, PCL ist nun kein Verfahren,*

was man herausstellen muss. Das ist Standard {lacht} Es gibt halt da eine Aussage zur Prognose, es gibt dann eine Aussage zur Prognose. Das vergleiche ich, ich prüfe das vorher ein bisschen. Es gibt auch von Seiten von [Gesamtanstalt] bestimmte Listen, die man dann auszufüllen hat. Es gibt eine Stellungnahme der Station. Es gibt eine Stellungnahme des Inhaftierten selbst. "Was habe ich hier eigentlich gelernt oder was habe ich hier nicht gelernt? Was befürchte ich draußen?" Dann wird hier diskutiert, und wir können die Lockerung beschließen und auch das Lockerungs-Prozedere. (.) Selbstständig, ja. In den Punkt sind wir schon selbstständig.

Bei einigen Deliktgruppen gibt es einen Vorbehalt des Anstaltsleiters: Also es gibt bestimmte Fälle, die sind definiert. Ähm da machen wir hier eine Lockerungsprüfung, legen das dem Anstaltsleiter vor. So müssen in diesem Beispiel Lockerungen bei Sexualstraftätern (statt bei Gewaltstraftätern) vorgelegt werden, auch wenn dies ggf. dem angenommenen Rückfallrisiko nicht entspricht: Nein, das hat die Anstaltsleitung und das Ministerium entschieden, mal in einer bestimmten Situation, dass sie gerne wollten, dass die Sextäter alle dem Anstaltsleiter vorgelegt werden. Ich habe bitter dagegen gekämpft vor 6 Jahren und ähm (.) Herr [Y = Vorgänger] etwas weniger bitter, weil er sagt: "Ist doch egal. Eigentlich ist es doch Wurscht." Ähm und ich hab damals dagegen gekämpft, weil ich es einfach inhaltlich nicht richtig finde, weil ich finde, ein Zustimmungsvorbehalt sollte es nur geben, wenn jemand auch über eine überlegene Sachkompetenz verfügt oder wenn ähm es um eine Schutzfunktion gegenüber dem darunter Entscheidenden geht. Und ich finde, man muss sich so ein Instrument aufheben (.) ähm bis jemand, bis etwas schief geht. Und wir haben uns ohne Not einer-, also die Politik muss, wenn ein Sexualstraftäter ein Lockerungsversagen (.) macht, muss die Politik sagen können: "Wir führen jetzt einen Zustimmungsvorbehalt ein." Nicht weil es inhaltlich Sinn macht, sondern man nach außen hin zeigen kann: "Wir tun etwas." Dieses Instrumentes haben wir uns vor 6 Jahren begeben. Wenn jetzt noch ein Fall passiert, muss das Ministerium jeden Fall entscheiden. Und das habe ich nicht verstanden. Ohne Not, es gab keinen schiefgegangenen Fall. [...] Und ich habe damals taktisch argumentiert und gesagt: "Hebt euch das doch auf, bis mal etwas schief geht. Sonst müsst ihr die Fälle alle selbst entscheiden dann, in der nächsten Raketenstufe." Aber (..) das äh hat nicht funktioniert. [...] also bei den Sexualstraftätern nicht, sondern da wird nach Aktenlage entschieden und je nach Verständnis von Fachaufsicht wird dann eben gesagt: "Ich habe mir den Fall durchgesehen. Einverstanden." Oder es wird gesagt: "Es sollte statt drei, doch noch vier Alkoholkontrollen geben, im Rahmen der Lockerung." Je nach dem, was für ein enges oder weites fachaufsichtliches Verständnis jemand hat. (..) Also im Grunde klappt das aber. Ähm die meisten Fälle, die wir zulassen, da kommt dann auch eine Zustimmung. Manchmal so

ein bisschen kleinteilig, "Macht noch irgendwie eine Nebenkontrolle mehr. "Macht noch eine Alkoholkontrolle zusätzlich." und "Wenn der dritte begleitete Ausgang durch ist, wollen wir es noch mal vorgelegt haben, um den ersten unbegleiteten dann auch wirklich noch mal prüfen zu können." Aber es verlängert die Prozedur. Es gibt keinen Erkenntnisgewinn. Ich fühle mich auch nicht wirklich geschützt. Es ist politisch nicht notwendig gewesen, und das ist bei Sexualstraftätern auch inhaltlich nicht sinnvoll. Also wenn ich Anstaltsleiter wäre, würde ich mir die Intensivtäter, die jugendlichen Intensivstraftäter vorgelegen, die OK [Organisierte Kriminalität]-Fälle, vielleicht auch bestimmte Gewaltdelikte im Rückfall. Wenn ich überhaupt das wollte, dann würde ich das machen, weil ich denke: Das sind die riskanten Fälle und da muss auch noch mal ein Zweiter vielleicht drauf gucken, weil manchmal gibt es eine Betriebsblindheit in einem Haus. Aber so, finde ich, die Auswahlkriterien für den Zustimmungsvorbehalt inhaltlich nicht so überzeugend. Aber das hat ja manchmal auch keine inhaltlichen, sondern politische Gründe, und es gab ja auch eine neue Gesetzgebung für Sextäter, obwohl sie eigentlich nicht die Gefährlichsten waren, und nun haben wir eben auch einen Zustimmungsvorbehalt was Sextäter, obwohl sie nicht die Gefährlichsten sind.

In anderen Einrichtungen (durchaus im gleichen Bundesland) können Lockerungen offensichtlich vollständig autonom durchgeführt werden: Was absolut positiv ist, ist: Wir entscheiden über Lockerungen. Ich bin die Letzte, die die Unterschrift gibt, Erstzulassung zu Vollzugslockerungen. Das muss nicht über die Anstaltsleitung gehen. Das ist ein großer Unterschied zu den anderen Bereichen in der Anstalt. Das dürfen wir alleine. Ehm, wenn man jetzt wieder bösartig ist, kann man sagen, ehm alles was schiefgehen kann, ja, alles was Verantwortung und Kopf hinhalten bedeutet, das dürfen wir allein, ne? Verstehen Sie, was ich meine? Aber ich sehe das positiv, also im Maßregelvollzug von meinem Chefarzt hab ich gelernt, der, der behandelt ist am nächsten dran und dessen Einschätzung ist die wichtigste. Der hat den besten Blick auf. Natürlich immer supervidiert und ehm und das ist insofern ist es gut. (.) Wir betrachten Lockerungen nicht (.) als Belohnung oder als Bonbon oder als (.) Preis für Wohlverhalten oder irgendwelchen Quatsch, sondern wir sagen von vornherein, also Lockerungen oder Freiräume, sich immer mehr steigende Freiräume, sind Therapiebestandteil (.) und so wollen wir die auch verstanden haben. Das bedeutet, ich brauche die notwendigerweise, um zu gucken, wie weit ist derjenige fortgeschritten, oder oder oder. Also sodass wir in unserem Denken eher davon ausgehen, also hier wird erst mal grundsätzlich jeder gelockert. Wer das nicht komplett vergeigt durch Auffälligkeiten, Vorkommnisse, null Entwicklung und so weiter und so fort. Jeder hat das Recht, jeder muss die Chance haben, hier gelockert zu werden, um zu beweisen, wie kann er das bereits Erworbene unter offenen Bedingungen oder mehr oder weniger

offenen Bedingungen umsetzen. Muss es dann nochmal zurückgehen und nochmal von Anfang an durchgearbeitet werden? Kann es weitergehen? Das sind Informationen, die brauchen wir. Insofern lockern wir ziemlich mutig (.) im Vergleich zu den anderen Bereichen, wir ja ehm wir (..) gehen mit Rückfällen dementsprechend anders um, ja /I: wie?/ Indem wir sagen, die Welt bricht nicht zusammen. Es war ein Rückfall, der ist so und so und so schwerwiegend und ehm die und die und die Schritte müssen jetzt zurückgegangen werden. Wir fangen wieder an der und der Stelle an, also das ist für uns nicht ein ganz riesengroßes Drama. Natürlich muss ich sagen, glücklicherweise ist bis jetzt in den Jahren seit 2008 auch noch nicht ein sehr sehr gravierender Rückfall passiert. Also ich spreche von Rückfällen im Sinne von (.) während der Lockerungen betrunken irgendwo aufgegriffen worden. (.) Oder Lockerungsmisbrauch in Form von nicht bei der Ausbildung erschienen im Freigang oder ständig unpünktlich, nicht verlässlich, hat die und die Absprache dort und dort und dort, das und das und das zu erledigen, einfach nicht eingehalten, zum wiederholten Male. Verstehen Sie, es gab keine Rückfälle bisher im Sinne ehm von schweren Gewaltstraftaten. Gab es nicht. /I: Mhm/ Gab es einfach nicht.

In schwierigen Lockerungsfragen wird meist von Seiten der SothA eine Vollzugsplan- bzw. Fallkonferenz einberufen, um mehrere Standpunkte einzuholen und die Fälle gemeinsam zu besprechen und in *ganz, ganz* schwierigen Fällen holen wir uns externe Gutachter und überlegen ehm uns Fragestellungen, zu denen die Stellung nehmen sollen /I: und das wird dann auch bezahlt? Externe Gutachter?/ Ehm das sprechen wir mit der Vollstreckungsrichterin, mit der Vollstreckungsleitung ab und ehm wenn die das nachvollziehen können und die können es in den meisten Fällen nachvollziehen, weil das {mit ironischem Unterton} "ganz schwierige" Experten sind, wo die selber nämlich überfordert sind und schlottern schon vor dem Entlassungsdatum, dann bezahlen die das, dann geben die das in Auftrag und zack. Also mit der Lockerungspraxis bin ich zufrieden (.) und genauso muss es auch sein und da gehe ich auch nicht davon ab.

In Hessen ist das Prüfverfahren für die Gewährung von vollzugsöffnenden Maßnahmen abhängig vom Delikt und der Straflänge. Nach den Hessischen Verwaltungsvorschriften (HVV) gelten neben Sexual- und Gewaltstraftätern mit einer Freiheitsstrafe von über vier Jahren (einschließlich Sicherungsverwahrten und Lebenslänglichen) auch bei weiteren Deliktarten (beispielsweise Handel mit Betäubungsmitteln oder organisierte Kriminalität) und Gefangenengruppen (beispielsweise Verstoß gegen vollzugliche Regelungen in der Vergangenheit) gesonderte Maßnahmen. Sozialtherapeutische Einrichtungen

setzen für diese Klientel nicht die erlassene Checkliste für vollzugsöffnende Maßnahmen ein, sondern eigene entsprechende Prüfverfahren (§ 9 1.2 HVV).

Im ersten Schritt erstellt die zuständige JVA – wie auch bei allen anderen Gefangenen – eine Prognose zur Prüfung der Lockerungseignung. Ist die Anstalt zu einer positiven Prognose gekommen, werden für die oben genannten Gefangenengruppen ein bzw. zwei voneinander unabhängige externe Sachverständige zur Erstellung eines Gutachtens für den Gefangenen beauftragt (zwei Gutachten bei Freiheitsstrafen über 4 Jahren, Lebenslänglichen, Sicherungsverwahrten; § 9 2.1.1 HVV). Zudem ist in gebotenen Fällen die zuständige Vollstreckungsbehörde und das Hessische Landeskriminalamt zu beteiligen (§ 9 3.1.1 HVV) sowie eine Zustimmung der Aufsichtsbehörde einzuholen (§ 9 3.3 HVV). Ausgenommen von dieser Regelung sind (durch den AVD begleitete) Ausführungen, über die die zuständige JVA selbstständig entscheiden kann.

Die sozialtherapeutische Anstalt JVA Kassel II erhält, was vollzugsöffnende Maßnahmen betrifft, quasi eine Ausnahmegenehmigung bei Lockerungen für Gefangene der Sicherheitsstufe I, denn im Regelvollzug wird diesen grundsätzlich keine vollzugsöffnende Maßnahme ohne Aufsicht oder Begleitung gewährt. Gleiches gilt bei der Außenbeschäftigung (HVV § 9 Satz 4.1.2; HVV § 9, Satz 4.3.3).

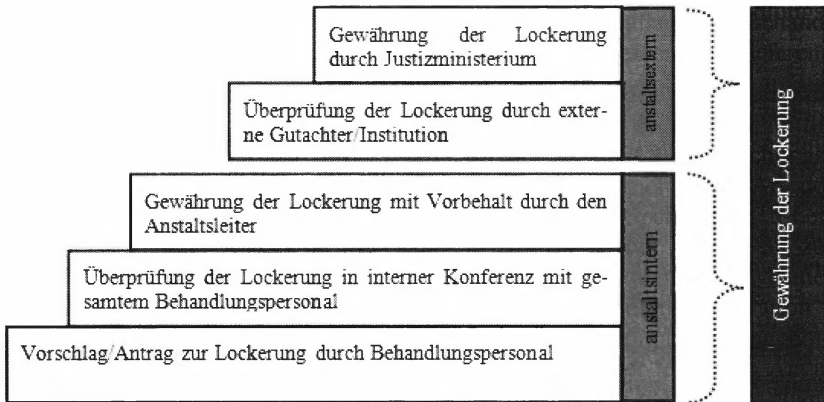
In der folgenden Grafik (vgl. *Abbildung 13*) ist der Prozess des Lockerungsverfahrens zusammenfassend schematisch dargestellt. Die Anzahl der Instanzen, die durchlaufen werden müssen, um die Gewährung einer Lockerung für einen Gefangenen zu bewirken, differieren auf Bundeslandebene (bzw. – wie im oben beschriebenen Beispiel – teilweise sogar zwischen einzelnen Sozialtherapeutischen Einrichtungen eines Bundeslandes).

Generell kann unterschieden werden zwischen anstaltsinterner und -externer Ebene. Zunächst steht der (1) Vorschlag zur Lockerung durch das Behandlungspersonal (Psychologischer Dienst, Sozialdienst), woraufhin eine (2) anstaltsinterne Konferenz zur Überprüfung des Lockerungsantrags gehalten wird. Kommt diese zu einer zustimmenden Entscheidung, kann die Lockerung entweder direkt oder (3) nach Zustimmung(svorbehalt) des Anstaltsleiters gewährt werden.

Für bestimmte Tätergruppen (z. B. Sexualstraftäter, Sicherungsverwahrte) gelten zusätzlich besondere Regelungen auf anstaltsexterner Ebene. Hier ist die Überprüfung des Lockerungsantrags durch eine externe Instanz vorgesehen: Das können entweder externe Gutachter sein oder es besteht eine speziell dafür eingerichtete Expertenkommission (wie beispielsweise in NRW). Zudem gilt bei Lebenslangen und Sicherungsverwahrten häufig ein Vorbehalt der

Lockerungsgewährung durch das Justizministerium (z. B. in Brandenburg). Teilweise findet auch eine Rückkopplung mit den zentralen Einweisungsabteilungen statt, sofern diese die entsprechende (Eingangs-)Diagnostik durchgeführt haben und daher den Gefangenen „kennen“.

Abb. 13: Systematisierung der verschiedenen Stufen im Lockerungsverfahren



Im Falle Nordrhein-Westfalens treffen all diese Punkte gemäß eines seit Juni 2008 in Kraft getretenen Erlasses zusammen: Die *erstmalige* Gewährung von Lockerungen – unabhängig, ob ein Begleitausgang, Ausgang, Urlaub, Freigang oder die Verlegung in den Offenen Vollzug vorgesehen ist – wird bei allen männlichen Gewalt- und Sexualstraftätern mit einer Freiheitsstrafe von mehr als 2 Jahren von einer durch das Justizministerium beauftragten, anstaßexternen Fallkommission überprüft.³⁸ Die Entscheidungsgewalt über die Gewährung der ersten Lockerung liegt demzufolge nicht bei der jeweiligen Justizvollzugsanstalt, sondern bei diesem Gremium. *Dieses Kooperationsmodell ist ein absoluter Euphemismus. Das heißt nämlich nichts weiter, als dass die Lockerungsentscheidungen in der geschlossenen Vollzugsanstalt noch mal von einem Gutachtergremium überprüft werden. Also wir wollen jemanden nach [SothA des offenen Vollzug] schicken aus [SothA des geschlossenen Vollzugs]. Schreiben ein Gutachten. Dieses Gutachten wird in*

38 Bei den Gewalttaten muss es sich um grobe und eigenhändige Gewalt handeln. Ausgenommen von dieser Regelung sind Sicherungsverwahrte und Lebenslange, die ohnehin extern begutachtet werden und Gefangene, die zwar die ersten Bedingungen erfüllen, aber von der zentralen Einweisungsanstalt (JVA Hagen) direkt in den Offenen Vollzug verlegt werden.

einer sogenannten Fallkonferenz vom Obergutachter noch mal durchgehackt und die sagen dann ja, ist in Ordnung oder sagen nein. Wenn die ja [sagen], dann habe ich einen Kollegen. Wenn die sagen nein, werde ich mich natürlich nicht gegen die stellen. Insofern bin ich da nicht ganz frei. Das ist eine ganz merkwürdige Geschichte dieses Gutachten.

Die Fallkommission setzt sich zusammen aus einem Vorsitzenden und einem Beisitzer (je ein vollzugsexterner Psychologe oder Mediziner) und einem vollzugsinternen Psychologen. Insgesamt sind vom Nordrhein-Westfälischen Justizministerium 5 Fall-Kommissionen festgelegt worden, die möglichst einmal monatlich in der ihnen zugewiesenen JVA tagen. Jedes Mitglied der Fallkonferenz wird mit der gutachterlichen Prüfung und dem Vortrag zur Beratung in der Fallkonferenz von 3 bis 4 Fällen beauftragt, so dass jede Fallkommission rund 100 Fälle pro Jahr prüft.

Zusammenfassend läuft das Lockerungsverfahren folgendermaßen ab: Zunächst erstellt der behandelnde Psychologe in der JVA ein Gutachten zur Kriminalprognose des Gefangenen, das von dem Leiter des Psychologischen Dienstes hinsichtlich der Einhaltung der dem Justizministerium des Landes entsprechenden Kriterien überprüft wird. Im Anschluss wird das Gutachten vom Anstaltsleiter an das Justizministerium weitergeleitet. Zusammen mit der Gefangenenpersonalakte wird es daraufhin vom Justizministerium an ein Mitglied der Fallkommission weitergeleitet. Das jeweilige Mitglied erstellt ein Gutachten zur Qualität und Nachvollziehbarkeit des Kriminalprognosegutachtens und stellt dies in der Fallkommission vor. Falls als erforderlich erachtet, wird der Fall von dem zuständigen Anstaltsleiter vorgestellt. Zusätzlich kann das Justizministerium bei Bedarf eine eigenständige Prognosebegutachtung durch einen externen Gutachter beauftragen.

Durch ein hohes Arbeitsaufkommen der Fallkommissionen können Wartezeiten bei der Bearbeitung des Lockerungsantrags von bis zu sechs Monaten entstehen. Die Überprüfung durch die Fallkommission gilt allerdings nicht bei Gefangenen mit einer Reststrafe von weniger als sechs Monaten. *Und der Effekt ist äh nicht unbedingt, dass jetzt die Lockerungen sicherer geworden wären, aber dass viel weniger gelockert wird. Da haben die Psychologen keine Lust mehr, sich koordinieren zu lassen und legen die Fälle dann nicht vor oder warten bis zu einem halben Jahr vor Strafende. Das wird ganz gefährlich dann. Und em, das ganze Prozedur dauert an sich schon. Also wenn ich jetzt äh heute ein Gutachten erstelle, dann dauert das ein halbes Jahr, bevor die sich entschieden haben.*

Durch das umfangreiche Prozedere ergeben sich negative Konsequenzen auf therapeutischer Ebene, die von dem behandelnden Personal als einer erfolgreichen Therapie nicht dienlich erlebt werden. *Ja also normal weiter ist es so,*

also eine Normal-Weiterbehandlung ist es ja deswegen nicht, weil diese Warteschleife entsteht und diese Warteschleife hat natürlich auch damit was zu tun, dass natürlich der behandelnde Therapeut noch schwieriger Durchhaltevermögen beweisen muss, und auch der Inhaftierte, da ist ja eine Spannung drin, ab diesem Moment ist ja eine Spannung drin, die zieht sich ja im ungünstigsten Fall über ein Jahr oder sogar eben noch länger und da kann man sich ungefähr vorstellen, wie auch die Haltung des Inhaftierten sich so langsam verändert. Also zu der Systematik, die dahinter steckt. Die stellt er in Frage, damit stellt er auch das System in Frage, damit stellt er wieder uns in Frage, also von der Seite her ist das schon so eine Art Kettenreaktion, der diesen Fachdiensten entgegenwirken können. Und müssen.

Besonders bei Lebenslänglichen und Sicherungsverwahrten sei es schwierig, die zu lockern, aber ich möchte auch sagen, es war auch schwierig den Gefangenen verständlich zu machen, wie die Systematik dann da arbeitet, weil wir dann zurückgeworfen werden, obwohl wir die, sowohl das positive Gutachten hier haben als auch unsere positive Einschätzung ja Grundlage ist, dass es dann trotzdem vom Tisch gewischt wird. Das ist finde ich, psychologisch auch und sozialarbeiterisch eine Höchstleistung diese Leute noch immer dann zu halten, denn wir haben ja auch ein ich sag mal Häuschen und wir haben ja keinen richtigen Vollzug und kein richtiges, ja Sicherheitskonzept, wie große Anstalten jetzt. Das haben Sie jetzt sicherlich auch gemerkt, als Sie rein gekommen sind und von der Seite her, wenn man sieht, wie viele Haftstrafen die hier zu verbüßen haben, also Sicherungsverwahrte oder Lebenslängliche haben ja natürlich eine ganz andere Perspektive, die erhoffen sich ja auch etwas, wenn sie hier mitarbeiten. Die arbeiten ja auch mit dem Ziel etwas dadurch zu erreichen, nämlich ich sag mal irgendwo auch frei geschrieben zu werden und in die Lockerungen zu gehen irgendwann mal. Die sind ja geduldig, aber irgendwann mal und wenn's dann so zurückschlägt, da haben wie hier, auch für uns ist das dann eine sehr große Enttäuschung, weil da sind ja über Jahre, ich sag mal Energien geflossen, immer wieder aufzunehmen, wieder zurück zu gehen, wieder neu zu beginnen, neu anzusetzen, die Leute zu halten, auch in diesen Behandlungssetting. Das ist dann auch für die Kollegen also eine Enttäuschung, da muss man auch erstmal mit umgehen, weil ja eigentlich die Signale alle auf grün stehen, eigentlich.

D.6 (Aus-)Bildung, Arbeit/Beschäftigung, Freizeit

Da nicht nur die eigentlichen Behandlungs- und Therapiemaßnahmen maßgeblich für den Erfolg der Resozialisierung der Häftlinge sind, gilt es auch,

ein ausgewogenes und vielfältiges Beschäftigungsangebot zu bieten. Dies gewährleisten fast alle SothAs.

Über vier Fünftel der untersuchten Einrichtungen (81 %) hält **(Aus-)Bildungsmöglichkeiten** in unterschiedlichem Umfang vor; vier SothAs (6,9 %) verneinen explizit ein solches Angebot, während weitere sieben (12,1 %) keinerlei Angaben zum Thema (Aus-)Bildung machen; 11 weitere beschrieben die vorhandenen (Aus-)Bildungsmöglichkeiten (19 %) nicht näher. Die Spannbreite reicht von einem bis hin zu insgesamt 31 angebotenen Möglichkeiten. Dabei handelt es sich um (sowohl von Internen als auch von Externen durchgeführte) Angebote im Bereich von Ausbildungen, Berufsqualifikationen, Sprachkurse, Kurse zum Erwerb von Schulabschlüssen oder Bildungsangebote zu allgemeinen und speziellen Themen (z. B. Computerkurse, Schwangerschaftsverhütung u. ä.).

Im **Bereich der allgemeinen Freizeitgestaltung** fanden sich in 49 Konzepten (84,5 %) Beschreibungen und Auflistungen der Möglichkeiten. Dies beinhaltet u. a. Koch-, Computer-, Musik- oder Bastelgruppen, Töpfern, Theater, Billard, Tischtennis, ein- oder mehrtägige Erlebnisausflüge, Gesellschaftsspiele oder Yoga. Zwischen den einzelnen Klientelen zeigten sich keine relevanten Unterschiede in der Anzahl der angebotenen Möglichkeiten. Über die Bundesländer hinweg gesehen, boten Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen die wenigsten Freizeitmöglichkeiten an, Baden-Württemberg die meisten (vgl. *Tabelle 16*). Im Einzelnen zeigte sich jedoch eine weite Spannbreite, so gaben 4 Einrichtungen nur an, dass Freizeitangebote existierten, beschrieben diese jedoch nicht weiter. Adelsheim hingegen gab eine detaillierte Auflistung von rund 30 möglichen Aktivitäten an.

Spezielle **Sportangebote** beschreiben 45 der vorliegenden Konzepte (77,6 %). Auch hierbei findet sich eine große Bandbreite an Inhalten. Es werden sowohl Individual- wie auch Gemeinschaftssportarten angeboten, im betreuten, beaufsichtigten oder freien Rahmen. In diesem Fall bilden Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein die Schlusslichter mit je 1 Sportangebot (vgl. *Tabelle 16*). Relevante Unterschiede zwischen Männern, Jugendlichen und Frauen konnten abermals nicht gefunden werden.

Des Weiteren wurden die Konzepte auf die bereitgestellten Möglichkeiten zur **Religionsausübung** hin untersucht. Berücksichtigt wurden dabei sowohl das Vorhandensein einer Kapelle, die Durchführung von Gottesdiensten sowie Seelsorge oder Bibelgruppen. Lediglich 18 der bereitgestellten Konzepte (31 %) beinhalten Angaben zu diesem Aspekt. Dabei handelte es sich ausschließlich um Angebote evangelischer oder katholischer Konfession.

Tab. 16: Übersicht über die durchschnittliche Anzahl der Angebote in verschiedenen Bereichen in den Bundesländern (Konzepte 2011)

	Anzahl der (Aus-) Bildungsangebote			Anzahl der Freizeitangebote			Anzahl der Sportangebote		
	Ø	k.A.	vorh.*	Ø	k.A.	vorh.	Ø	k.A.	vorh.
Männer (36/38)	5	6	4	6	3	3	5	2	6
Jugendliche (19/19)	5		7	7	1	1	4		4
Frauen (3/4)	6	1		6	1		4	1	
Summe	-	7	11	-	5	4	7	3	10
BW (4/4)	5	-	-	14	1	-	5	-	1
BY (14/14)	3,5	4	3	7	2	-	4	1	4
BE (3/3)	8	-	-	3,5	1	-	2,5	1	-
BB (2/2)	1	-	-	3	-	-	2	1	-
HH (2/2)	11	-	-	7,5	-	-	8,5	-	-
HE (2/2)	16	-	1	5,5	-	-	8,5	-	-
MV (2/2)	4,5	-	-	7,5	-	-	6	-	-
NI (8/11)	5,5	-	1	6	-	1	7	-	-
NW (9/9)	5	1	2	3	-	2	2,5	-	4
RP (4/4)	4	-	1	6	1	1	4,5	-	1
SL (1/1)	1	-	-	8	-	-	11	-	-
SN (3/3)	5	1	-	12	-	-	8	-	-
ST (1/1)	1	-	1	3	-	-	1	-	1
SH (1/1)	-	1	-	4	-	-	1	-	1
TH (2/2)	1	-	2	3	-	-	5	-	-
% von 58/61	-	12,1	19	-	8,6	6,9	-	5,2	17,2

* „vorhanden“ fließt in die Durchschnittsberechnung mit ein. Allein bei den (Aus-)Bildungsmöglichkeiten verneinten 4 Einrichtungen explizit ein solches Angebot.

Im Hinblick auf die Freizeitangebote ergab sich aus den Konzepten die Frage, inwiefern diese durch Personal angeleitet sind. So ist beispielsweise ein während der Aufschlusszeiten ständig verfügbarer Billardtisch zwar auch eine Möglichkeit, sich die Zeit zu vertreiben, jedoch kein strukturiertes regelmäßiges Angebot wie beispielsweise Fußball. Zusätzlich sollte deren Häufigkeit und jeweilige Dauer angegeben werden und ob sie (ausschließlich) für SothA-Gefangene zur Verfügung stehen. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Angebote sehr vielfältig sind; eine zusammenfassende Darstellung erweist sich insofern als schwierig, als dass sowohl die zeitlichen Abstände als auch der Umfang sehr schwankt. Zudem lässt sich aus den Angaben, die oft auch nach Bedarf oder unbegrenzt hinsichtlich der Dauer der einzelnen Aktivität beinhalten, nicht schließen, inwiefern diese Angebote tatsächlich angeleitet sind. Einzelne Einrichtungen verweisen auch nur allgemein auf das Freizeitangebot der SothA. Auch ist unklar, ob an den jeweiligen Angeboten prinzipiell alle Gefangenen teilnehmen können. Durchschnittlich werden 4,1 (angeleitete) Freizeitangebote pro Einrichtung angeboten, deren Regelmäßigkeit allerdings von einmal im Vierteljahr bis täglich und deren Umfang ebenso von

„unbegrenzt“ bis zu einer halben Stunde bzw. „nach Bedarf“ schwankt. Für die Mehrzahl der Angebote (78,6 %) gilt, dass nur Gefangene der Sozialtherapie teilnehmen dürfen.

Im Rahmen der Stichtagserhebung 2012 wurde zum Themenkomplex Beschäftigung (Arbeit, schulische oder berufliche Qualifizierung) differenziert gefragt, wie viele Gefangene zum Stichtag innerhalb der SothA, innerhalb des Normalvollzugs bzw. außerhalb der Anstalt (nicht) beschäftigt gewesen sind. Bei den Nicht-Beschäftigten sollte zudem nach verschuldet oder unverschuldet bzw. Freistellung unterschieden werden. Neben der Angabe der täglichen minimalen bzw. maximalen Beschäftigungszeit bezog sich eine weitere Frage darauf, ob (verpflichtende) Therapiestunden während der üblichen Beschäftigungszeit entsprechend entlohnt würden (vgl. *Tabelle 17*).

93,2 % aller Gefangenen waren zum Stichtag 2012 in **Beschäftigung**. Knapp 2/3 von ihnen arbeiteten im Normalvollzug, knapp 1/3 innerhalb der Sozialtherapie und nur 4,1 % gingen einer Beschäftigung außerhalb des Vollzugs nach. Von den 6,8 % der Gefangenen ohne Beschäftigung verschuldeten dies nur 3,6 % selbst, der überwiegende Teil (78,4 %) war unverschuldet beschäftigungslos; freigestellt waren zum Stichtag 18 %. Betrachtet man die Werte nach Klientelgruppen differenziert, so zeigt sich, dass vor allem bei den Frauen die Arbeitsvermittlung schwieriger scheint; zum Stichtag sind nur 86 % der Frauen beschäftigt – im Gegensatz zu 96,7 % der Jugendlichen und 92,4 % der Männer. Im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen ist jedoch sowohl ihr durchschnittlicher Anteil an Freigängern (18,9 %) als auch an Beschäftigungen innerhalb der SothA (43,2 %) am höchsten. Bei den Jugendlichen ist sowohl die Zahl der Freigänger (2,5 %) als auch die der innerhalb der SothA-Beschäftigten (16,1 %) am niedrigsten.

In 88,9 % der Einrichtungen werden verpflichtende Therapiestunden entlohnt; allerdings ist das bei 7 Einrichtungen nicht der Fall, vor allem im Männervollzug (vgl. *Tabelle 17*).

Tab. 17: Übersicht über die Beschäftigungssituation zum Stichtag 2012 in %

	Beschäftigung am 31.03.2012				NICHT-Beschäftigung am 31.03.2012				Entlohnung der Therapie
	Gesamt	innerhalb SothA	innerhalb NV	außerhalb der Anstalt	Gesamt	verschuldet	unverschuldet	freigestellt	
Jugendliche (21)	96,7	16,1	81,8	2,5	3,3	26,7	53,3	20	20
Männer (38)	92,4	35,6	59,7	4,2	7,6	0,8	82,2	16,9	32
Frauen (4)	86,0	43,2	37,8	18,9	14,0	0,0	66,7	33,3	4
<i>Gesamt %</i>	<i>93,2</i>	<i>31,3</i>	<i>64,3</i>	<i>4,1</i>	<i>6,8</i>	<i>3,6</i>	<i>78,4</i>	<i>18,0</i>	<i>88,9</i>
BW (4)	100	41,3	55,9	2,8	-	-	-	-	4
BY (14)	92,2	31,0	65,9	3,4	7,8		77,3	22,7	11
BE (3)	94,0	8,2	83,6	8,2	6,0	0,0	63,6	18,2	3
BB (2)	98,6	9,6	90,4	-	1,4	18,2	-	100	2
HH (2)	95,6	10,8	75,4	13,8	4,4	-	100	-	2
HE (2)	87,1	100	-	-	12,9	-	70	30	2
MV (2)	73,6	22,6	77,4	-	26,4	-	89,5	5,3	2
NI (11)	96,3	31,5	60,8	5,0	3,7	5,3	30	70	11
NW (9)	97,7	46,5	48,8	4,2	2,3	-	80	20	8
RP (4)	87,4	52,6	44,3	4,1	12,6	-	85,7	7,1	4
SL (2)	87,0	25,0	75,0	-	13,0	7,1	83,3	-	1
SN (3)	90,6	4,0	95,2	0,8	9,4	16,7	100	-	3
ST (1)	88,1	16,9	78,0	5,1	11,9	-	100	-	0
SH (2)	97,1	19,4	76,1	4,5	2,9	-	100	-	2
TH (2)	97,8	9,0	91,0	-	2,2	-	50	50	1

D.7 Entlassungsverfahren und Nachsorge

Das Ende einer jeden sozialtherapeutischen Behandlung im Rahmen des Vollzugs bildet die **Entlassung** des Häftlings, die im Idealfall von der SothA vorbereitet und begleitet wird.³⁹ So geben 44 von 58 Einrichtungen (75,9 %) an, gemeinsam mit dem Insassen während der Entlassungsvorbereitung Kontakt zu Ambulanzen, Bewährungshelfern und anderen externen Institutionen aufzunehmen. Während die *Entlassungsvorbereitung* sich um organisatorische

³⁹ Nachdem 2001 noch über 70 % der SothA-Gefangenen vorzeitig entlassen wurden, reduzierte sich dieser Anteil bis zum Jahr 2008 auf etwa 45 %. Es bleibt zu hoffen, dass sich der seither eingesetzte Aufwärtstrend – auf zuletzt ca. 60 % vorzeitige Entlassungen im Jahr 2013 – weiter fortsetzt (vgl. Abb. 3).

Fragen der Wiedereingliederung und des Übergangsmanagements kümmert, wird im *Entlassungsverfahren* zunächst geklärt, ob und wann der Gefangene entlassen wird – entweder mittels interner und/oder externer Begutachtung. Zu diesem Zusammenhang machten über 77,6 % keine Angaben – möglicherweise gibt es dafür auch allgemeine anstaltsbezogene bzw. sogar landesspezifische Regelungen; zwei Einrichtungen (Offenburg (BW) und Celle (NI)) verneinen Entlassungsverfahren explizit und bieten daher auch keine Entlassungsvorbereitung an – offensichtlich werden die Gefangenen dafür in eine andere Einrichtung verlegt (vgl. *Tabelle 18*) Von den 11 Einrichtungen, die vor der Entlassung begutachten, geschieht dies überwiegend intern/extern (7= 63,6 %); nur eine Einrichtung (Adelsheim, BW) arbeitet ausschließlich mit externen Gutachtern zusammen.

Tab. 18: Übersicht über die Entlassungs- und Nachsorgemaßnahmen (Konzepte 2011)

	Entlassungs- verfahren		Entlassungs- vorbereitung		Kriseninter- vention		Freiwillige Wiederauf- nahme	
	ja	k.A.	ja	k.A.	ja	k.A.	ja	k.A.
Männer (36/38)	8	26	28	6	18	15	13	17
Jugendliche (19/19)	3	16	14	3	12	4	4	11
Frauen (3/4)	-	3	2	1	3	-	3	-
Gesamt Ø (58/61)	11	45	44	10	33	19	20	28
BW (4/4)	2	1	2	-	-	-	-	-
BY (14/14)	1	13	12	2	9	5	3	8
BE (3/3)	-	3	3	-	3	-	2	1
BB (2/2)	-	2	2	-	2-	-	1	-
HH (2/2)	-	2	2	-	2	-	1	1
HE (2/2)	1	1	2	-	2	-	1	1
MV (2/2)	-	2	2	-	1	1	2	-
NI (8/11)	2	5	7	-	4	2	5	1
NW (9/9)	3	6	6	2	4	5	3	6
RP (4/4)	1	3	1	3	-	4	1	3
SL (1/1)	-	1	1	-	1	-	-	1
SN (3/3)	1	2	3	-	3	-	1	2
ST (1/1)	-	1	-	1	-	1	-	1
SH (1/1)	-	1	-	1	-	1	-	1
TH (2/2)	-	2	1	1	2	-	-	2
% der Einrichtungen	19	77,6	75,9	17,2	56,9	32,8	34,5	48,3

Entlassungsvorbereitung wird in der Regel von Sozialarbeitern bzw. -pädagogen betrieben. Allerdings gibt es in der Praxis auch Einrichtungen, in denen auch diese Aufgabe den Psychologen zufällt: *Also weil wir nur auf unserer Station gar keinen Sozialarbeiter [haben]. Also es ist nicht mal so, dass wir*

sagen könnten: "Gehen Sie mal zu dem und dem.", sondern wir machen im Prinzip alle so-, so ein bisschen auch was fachfremdes, ne? Na wir sind ja gar nicht ausgebildet darin "Welche Nachsorge-Einrichtung gibt es? Wie stelle ich Anträge auf Kostenübernahme?" oder so etwas. Wir müssen es sozu-, da nebenbei so ein bisschen an-, an-, anlernen oder herausfinden. Gut ich meine, ich bin schon seit 10 Jahren im Vollzug, das ist immer so ein bisschen was nebenbei noch gewesen, aber also wir sind dafür nicht ausgebildet /I: Mhm/ oder wir sind dann jetzt so-, so Schuldensachen bearbeiten oder irgendwie so etwas. Gut, Entlassungsvorbereitung, wenn die Freigänger werden, dann gehen sie in den Freigängerbereich. Da arbeiten zwei Sozialarbeiter und die kümmern sich dann auch um so etwas. Aber, wenn die eben vorher nicht im Freigang sind, dann bleiben die auf meiner Station und ich muss dann sozusagen die Übernahme ins betreute Wohnen organisieren. /I: Okay/ Und da bin ich letztendlich nicht wirklich gut für vorbereitet durch mein Studium, muss ich mal so sagen {lacht}. Ja, also wir eignen uns natürlich viel an. Wir kennen inzwischen, ich glaube, wenn man das eine Weile macht, dann kennt man die Institutionen, dann weiß man, wer das hier in [Bundesland A] anbietet, bei wem man anrufen kann oder wen man empfehlen kann oder so. Aber das ist auch noch mal viel, was noch mal so dran hängt.

Grundsätzlich werden aus dem Zitat zwei Möglichkeiten der Entlassung sichtbar: Entweder erfolgt die Entlassung direkt aus der Sozialtherapie heraus (z. B. wenn keine Einrichtung des offenen Vollzuges dafür vorgesehen ist oder die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist) oder der Gefangene wird – bei entsprechender Geeignetheit und tatsächlicher Möglichkeiten – zur Entlassung in eine (im besten Falle SothA-spezifische) offene Abteilung verlegt (SothA Hamburg-Fuhlsbüttel entlässt über Bergedorf; SothA JSA Berlin nutzt den anstaltsoffenen Bereich): wir wollen von hier entlassen, wir entlassen von hier, wir entlassen nicht in irgendeinen anderen Bereich, wir machen die Begleitung nach draußen. (.) /I: Mhm/ Was wiederum schlecht ist, ist, wir haben keinen eigenen offenen Bereich, also wir nutzen auch über die Schule und die Werkstätten und wie wir den ganzen anderen Quatsch nutzen, wir nutzen auch den anstaltsoffenen Vollzug [...] Und die legen wir dann da raus, die müssen sich sozusagen auf neue AVD-Bedienstete einstellen, aber wir bleiben erhalten als zuständige Psychologen [...] Die müssen sich nur auf ein neues Team einstellen, im Sinne von neuem AVD-Team.

Der Vorteil bei Verlegung in den offenen Vollzug ist, dass wegen geringerer subkultureller Verstrickung weniger Sicherheitshürden in Bezug auf vermehrte Freiheitsräume bestehen, denn *die sind sozusagen alle dann auf einem ähnlichen Niveau, was ihre Lockerung angeht und die durchlaufen da eben so ein abgestuftes Lockerungsprogramm. Die kommen da hin, sind dann erst mal,*

ich sage mal, drei Monate eigentlich fest im Haus. In der Zeit haben sie die Möglichkeit, Ausführungen zu machen; also mal einkaufen zu gehen mit einem Kollegin und Kollege-, oder einer Kollegin. Und ähm der nächste Schritt ist dann, dass sie Ausgänge habe, dass sie auch mal alleine raus dürfen und dann können sie sich eben eine Arbeit suchen, sie können sich arbeitslos melden, ihre Krankenversicherungen wieder anmelden und alles so regeln, Führerschein und was dann alles so zu machen ist, Schuldenregulierung, eigenes Konto dann irgendwie eröffnen, sich um ihre Finanzen kümmern. Und dann geht es sozusagen einen Schritt nach dem andern, dann können sie eben, wenn sie draußen Arbeit finden, dann auch arbeiten, bis sie dann irgendwann hier in die Dauer-Freistellung kommen, wo sie dann nur noch einmal in der Woche anrufen oder eben zu ihrem Psychologen kommen, einen Termin machen oder mit ihrem Behandlungsteam dann sprechen und eine Rückmeldung geben, wie das läuft. Sodass das eben ganz niedrigschwellig abgesenkt wird. Ähm sie werden dabei umfangreich beraten von den Behandlungsteams bei allen Schwierigkeiten, die da auftreten und die Kolleginnen und Kollegen gehen auch mit zu den Ämtern, wenn es sein muss und-, also versuchen da sehr eng zu begleiten eben. Und da ist es dann auch ganz gut, dass das sozusagen ein Stück weg ist hier von diesem Gesamtgeschehen, dass sie eben nicht so beeinflusst werden.

Besonders im Jugendstrafvollzug ist wegen der Kürze der Freiheitsstrafen besondere Eile geboten, allerdings lassen sich auch in anderen Bereichen aus zeitlichen Gründen kaum eine fundierte Behandlung und ein geordnetes Übergangsmanagement parallel in Einklang bringen ist, so dass viele Gefangene erst zum Terminende entlassen werden (können): *Wir haben relativ häufig Leute, wenn die direkt aus [Name der Einweisungsabteilung] hier her kommen, die haben nicht so ganz viel Zeit und emm das führt das, dass wir eben selten Leute vorzeitig entlassen und das wir schon öfter auch Fälle haben, wo wir sagen, wir bräuchten eigentlich mehr, aber es ist keine Zeit mehr. Und da guckt man da, was man im Anschluss finden kann. Und die Landschaft draußen ist eben nicht so toll ausgeschmückt, mit Nachsorge. Aber das kennen Sie, glaube ich, von allen Anstalten.*

Bei Entlassenen ist eine gut organisierte **Nachsorge** entscheidend für den Erfolg der vorausgegangen Behandlungsjahre. Den Sozialtherapien stehen dabei grundsätzlich zwei Möglichkeiten offen: zum einen die Krisenintervention durch die SothA sowie eine freiwillige Wiederaufnahme in die SothA zur Überwindung kritischer Situationen.

Eine *Krisenintervention* durch die Mitarbeiter der SothA ist nach den Angaben der Konzepte in 33 von 58 Einrichtungen (56,9 %) möglich. In sechs Einrichtungen (10,3 %) ist eine solche Maßnahme nicht vorgesehen. Bei Frauen

(100 %) und Jugendlichen (63,2 %) besteht diese Möglichkeit häufiger als bei Männern (50 %).

Die *Wiederaufnahme* auf freiwilliger Basis⁴⁰ kann lediglich in 20 Abteilungen (34,5 %) gewährleistet werden. In zehn Einrichtungen (17,2 %) wird diese Möglichkeit explizit verneint, obwohl die (Landes-)Strafvollzugsgesetze diese Möglichkeit prinzipiell vorsehen. In den meisten Fällen (48,3 %) werden jedoch keine Aussagen über eine mögliche Wiederaufnahme getroffen (vgl. *Tabelle 18*). Faktisch scheint diese Möglichkeit, sofern sie tatsächlich besteht, nur sehr selten genutzt (z. B. zwei Fälle in 11 Jahren) zu werden: *und danach, genau, habe ich es dann noch gehört von einen Kollegen: /I: Mhm/ "Mensch, der ist wiedergekommen und das war ganz toll." Also, dass der dann gesagt hat: "Uh, ich stehe kurz davor wieder das und das zu machen. Nehmt mich bloß auf. Ich werde wahnsinnig, sonst begehe ich wieder diese schlimme Straftat." Das ist ja echt eine Leistung, das zu sagen, /I: Mhm/ ne, und sich dann freiwillig wieder in das Gefängnis zu begeben. Aber das kommt eben wirklich selten vor und hier hatten wir es auch noch nicht. Ähm (.) was wir aber auch immer wieder merken, also so zufällig treffe ich manchmal draußen ja auch Insassen oder meine Kollegen erzählen das mal: "Mensch, den habe ich beim Einkaufen oder abends beim Weggehen oder so gesehen." Und dann wird auch geredet, also das ist dann-, (.) wir warten dann meistens ab: Will der uns überhaupt jetzt sprechen oder wie ist er in Begleitung, ne, darf derjenige oder diejenige überhaupt wissen, wer wir sind und so weiter, aber eigentlich ergibt sich dann immer ein Gespräch. Die Insassen kommen immer auf uns zu. Also das höre ich auch von den Kollegen hier. Ähm und dann erfährt man auch manchmal: "Na ja, ich hatte grade so eine Phase, da lief es nicht so gut, aber jetzt (.) geht es grade wieder." (.) Wir sagen denen immer: "Ihr könnt euch auch melden, wenn es euch schlecht geht." Das wollen die nicht, komischerweise. Die wollen hier immer anrufen und sagen: "Alles ist gut und das hat mir alles geholfen und mir geht es gut." Die wollen hier nicht anrufen, um zu sagen "Mir geht es grade nicht gut." /B1: Ja/ Ich hatte das zweimal von Insassen, die hier angerufen haben, als es ihnen eben nicht gut ging und mit denen habe ich mich dann auch getroffen, /I: Mhm/ nach der Arbeit. Ähm (.)*

40 B2: *Und, und es besteht noch äh über 125 und das wird auch in Anspruch genommen, die Möglichkeit für die Leute ja zurückzukommen. Wenn es also alles zusammenbretern sollte und da haben wir es auch schon gehabt, dass Leute hier vor der Tür und wieder geklopft haben und gesagt "Jetzt ich weiß nicht mehr weiter. ich möchte jetzt doch wieder hier aufgenommen werden." Das ist ja eine Besonderheit in der Sozialtherapie, dass die Leute tatsächlich dann wieder aufgenommen werden können, ohne dass ein Strafverfahren eröffnet ist, ne? /I: Mhm/ Also wir sind ja froh, wenn sie kommen. /M: Mhm/ Was nutzt uns das, wenn das Strafverfahren schon läuft, also, ne? /I: Ja, ja/ Wenn schon wieder irgendeine Straftat begangen worden ist.*

aber ansonsten [...] es ist ganz komisch. Die wollen nur mit guten Nachrichten ankommen.

Die Nachsorge ist ansonsten [bis auf die Möglichkeit der freiwilligen Wiederaufnahme] gestrichen worden aus unserem Gesetz. Ähm wir-, also theoretisch ist, wenn er entlassen wird, alles vorbei.

Insgesamt scheint es gerade im Bereich des Übergangsmanagements zur Sicherung der intramural möglicherweise erzielten sozialtherapeutischen Behandlungserfolge in einigen Einrichtungen aus Sicht der Behandler noch systematischen Verbesserungsbedarf zu geben, um zum einen die Nachsorge konzeptionell stärker in den Fokus zu rücken, damit zum anderen die einzelnen Bereiche auch praktisch noch besser miteinander verzahnt werden können: *Also die Nachsorge /I: Mhm/ wäre echt noch ein Thema, über das wir mehr nachdenken müssen, die wir irgendwie organisieren müssen. Nachsorge Haus 7, Nachsorge vielleicht draußen. Also Haus 7, offener Vollzug. [...] Also dass man da vielleicht irgendwie noch mal guckt, dass man die ersten Wochen zumindest begleitet oder so. Das wäre mir noch ein Anliegen und ähm Angehörigen-Ar.:beit (.) vielleicht auch nicht so ganz aus dem Auge verlieren. Aber es ist eben, aufgrund der Lage /I: Mhm/ hier und so weiter, auch schwierig. Aber das wären so Sachen, die mir (.) vordergründig jetzt noch wichtig wären.*

Momentan erscheint Nachsorge vielerorts allenfalls punktuell: *Also wir können natürlich allein vom Personal nicht Nachsorge per se anbieten, sondern wirklich nur in den Fällen, wo wir das für nötig halten. Wir haben fast ausschließlich Entlassungen zur Endstrafe. Und das heißt, da gibt es dann in der Regel auch Führungsaufsicht und äh wir versuchen schon frühzeitig, dann eben auch externe Therapeuten heranzuziehen. Äh bei den Missbrauchstätern ist es eben ganz häufig so, dass es darum geht, die in externe Gruppen zu vermitteln. /I: hmm/ Das läuft auch emm so weit, wie die Möglichkeit besteht, ganz gut. Emm die haben halt draußen immer das Problem, dass die Finanzierung in Frage steht /I: hmm/ oder halt abgeschmolzen wird. Aber es gibt hier so in dem Bereich einige Gruppen, wo man sagen kann, da sind versierte Leute, die auch Erfahrung haben und da gibt es einen ganz guten Draht, um da zu vermitteln, dass da eben auch was gemacht wird. Im Einzelfall eben auch mit Einzeltherapeuten, die auch [rar gesät] sind. Und wir haben schon auch Situationen, wo wir sagen, also der kommt dann noch mal drei Monate zum Gespräch und sowas mache ich dann zum Beispiel auch. Und eine Kollegin macht das. Und so in drei Wochen Abstand gibt es noch mal Besprechung.*

Allenfalls in Einzelfällen können die Sozialtherapien ein größeren Aufwand betreiben – zumindest in zeitlich begrenztem Umfang: *Ich habe jetzt in einem speziellen Einzelfall, der Mann ist 15 Jahre am Stück drin, ist auch ein Siche-*

rungsverwahrter. Ich habe es tatsächlich mit in die Empfehlung für die Führungsaufsicht genommen, ein halbes Jahr gemeinsam Kontakt zu ihm zu haben, vor dem Hintergrund, (.) allmächtig, wie ich mich da manchmal fühle, vielleicht sehe ich eher, wenn er auf dem schiefen Weg ist, als jetzt die Kollegin aus der Führungsaufsicht, die ihn erst ein halbes Jahr kennt. /I: Mhm/ Wir kennen-, sind ja schon auch dichter dran und die Hoffnung ist, dass man schon merkt, wenn er komisch guckt, dass er irgendwie nicht gut unterwegs ist. {lach}) /B2: Mhm/ Ähm das habe ich jetzt in einem Fall gemacht und natürlich haben wir es bei anderen auch gemacht, dass wir die, tatsächlich als die entlassen waren, einfach noch mal besucht haben. /I: Mhm/ Ähm und mit sehr offenen Augen dann durch die Wohnung oder so gegangen sind und auch noch mal gesagt haben: "Hier, gucken Sie dahin, gucken Sie dahin. Fühlt sich für uns nicht so gut an." Das kann man machen, wenn die uns rein lassen. Das müssen sie aber nicht.

Im Bedarfsfall sind also kurzzeitige (Krisen-)Interventionen möglich, jedoch gehören sie nicht zum Kerngeschäft von Sozialtherapien, so dass nicht alle Entlassenen nachbetreut werden können: M: Wenn wir merken, dass das draußen nicht funktioniert, wo es dann darum geht, hör mal, kannst du mal mit dem ein Gespräch führen, weil er irgendwann mal einen Therapeuten braucht, eh dann nochmal kurz so Krisenintervention zu machen. Von dem was da so ist, da stehen die Kollegen auch da. Aber das ist natürlich auch immer eine Ressourcen-Frage, die sich dann so.

F1: Ja das machen wir personalneutral, oder steht das jetzt in unserem Geschäftsverteilungsplan?⁴¹ Das machen wir eigentlich mehr oder weniger nebenher. Also das ist eh, das ist auch zeitintensiv, wenn man das häufig macht.

Insofern werden im Rahmen der Entlassungsvorbereitung häufig externe Therapeuten gesucht, an die die Entlassenen therapeutisch angebunden wer-

41 Diese Einrichtung hat aus der Vielzahl der Fälle dann den Schluss gezogen, dass es auch aus organisatorisch-inhaltlichen Gründen M: Ja, weil wir auch mitgekriegt haben, was ja vorher immer mal laufen lassen, dann rief der Gefangene mal bei dem an, mal bei dem an und dann habe ich vor zwei Jahren damit angefangen, dann muss ich das mal erheben, wie häufig und wer und was das alles ist. Und dann kam da plötzlich eine Summe zusammen, und dann habe ich auch gesagt, mit KURS, mit Führungsaufsicht und solchen Geschichten ist das ja auch eine Frage dann, ja wer strukturiert das eigentlich? Weil das ist ja auch ein bisschen schwierig, wenn ein Gefangener einen AVD-Kollegen anruft und der erzählt ihm irgendeine Story und dann ist der in der Geschichte und das kann ja auch mal nach hinten los gehen diese Nummer, wenn er dann vor Gericht sagt, ja ich hab ja immer mit der SothA Gespräche geführt. Und dann hat er vielleicht mit dem Sanni gesprochen oder solche Geschichten. Da gibt's ja auch Sachen, die sind dann nicht so günstig. Und da haben wir uns mit beschäftigt und haben ein Nachsorgekonzept dann rausgehauen sag ich mal so, was wir jetzt auch strukturell umsetzen müssen.

den können: B1: "Wir haben so lange Wartelisten. Bis der dran ist." Und äh die ehrliche Antwort heißt dann: "Wir tun uns so einen Mann nicht an. Der ist einmal durch das gesamte Strafgesetzbuch, hat alles, was man nicht brauchen kann. Drogen- und Alkoholmissbrauch bis zum Abwinken. Und vielen Dank, das ist uns einfach eine Nummer zu groß. Und solange wir es nicht müssen, (.) tun wir es auch nicht." Und da wird aus meiner Sicht auch noch etwas zu tun sein, (.) wenn dann auch diese Leute nachbetreut werden sollen und das müssen sie, wenn sie so lange Haft hinter sich haben ohne Anbindung an nichts, dann können wir gleich zugucken, wie die (.) abrauschen. Das muss dann nicht immer wieder gleich ein Mord sein, aber es ist dann schnell auch mal mit einem Bier und mal schnell auch mal wieder irgendwie mit einer Obdachlosigkeit verbunden. Und dafür machen wir es ja irgendwie nicht, ne? Irgendwie sollen die ja auch mal ein bisschen nett leben dann so nach all diesen Jahren. Aber bis es klappt, da-, äh kriegt man manchmal graue Haare. [...] die haben halt draußen immer das Problem, dass die Finanzierung in Frage steht /I: hm/ oder halt abgeschmolzen wird.

Mit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung vom 13. April 2007 (BGBl. Teil 1 Nr. 13 S. 513-518) wurde den Gerichten die Möglichkeit eröffnet, entlassenen Strafgefangenen die Weisung aufzuerlegen, sich einer ambulanten Nachsorge zu unterziehen. Damit ist erstmals die psychiatrische, psycho- und sozialtherapeutische Nachsorge für Haftentlassene und Maßregelvollzugspatienten in die rechtlichen Regelungen der Führungsaufsicht einbezogen worden. Diese dient der Überwachung und Betreuung von Verurteilten, die ihre Strafe voll verbüßt haben oder aus einer Klinik für psychisch- oder suchtkranke Straftäter entlassen wurden. Für die Dauer der Führungsaufsicht kann das Gericht die Weisung erteilen, sich in einer forensischen Ambulanz vorzustellen (§ 68b I Nr. 11 StGB) und die verurteilte Person anweisen, sich psychiatrisch, psycho- und sozialtherapeutisch behandeln zu lassen, was auch in einer forensischen Ambulanz geschehen kann (§ 68b II Satz 2 StGB).

Mit Einführung des o.g. Gesetzes sahen sich die Justizvollzugsanstalten in Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe bzw. Führungsaufsichtsstelle vor dem Problem, im Rahmen der Entlassungsvorbereitungen bzw. nach erfolgter Entlassung die Umsetzung dieser Weisung zu ermöglichen. Obwohl das Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht für die Länder keine Verpflichtung enthält, forensische Ambulanzen aufzubauen, sahen sich viele Bundesländer durch diesen Appell veranlasst, derartige ambulante Nachsorgeeinrichtungen zu etablieren,⁴² um eine qualifizierte Nachsorge zuverlässig sicherzustellen,

42 Einerseits gibt es die Möglichkeit, freie Träger mit dieser Aufgabe zu betrauen (z. B. in BB (Therapeutische Fachambulanz der Justiz Potsdam) oder forensische Ambulanzen als Nach-

denn die psychologisch-therapeutische Betreuung behandlungsbedürftiger Strafgefangener endete bislang in der Regel bei der Haftentlassung; nur in wenigen Fällen konnte eine Therapie ambulant weitergeführt werden. Zudem wurde die ambulant-therapeutische Nachsorge zusätzlich dadurch erschwert, dass infolge des Beschlusses des Bundessozialgerichtes vom 7. Februar 2007 (Az. B 6 KA 3/06 R), nach dem die Abrechnung einer ambulanten Nachbehandlung im juristischen Kontext nicht über die Krankenkassen möglich ist, die Finanzierungsfrage für die zu entlassenden Gefangenen blieb also ungeklärt. Ein Verzicht auf Nachsorge würde aber in nicht wenigen Fällen auch bedeuten, die Behandlungsbemühungen des Strafvollzuges ins Leere laufen zu lassen; insofern dienen forensische Ambulanzen auch dazu, das während der Haft teilweise mit hohem organisatorischem, personellem und finanziellem Aufwand Erreichte abzusichern und zu stabilisieren und so den kritischen Übergang vom Vollzug in die Freiheit durch ambulante Maßnahmen therapeutisch begleiten zu können.

Was jetzt so Sexualstraftäter betrifft, also wenn ich da so den Eindruck habe: Das ist mit den neun Monaten [Behandlung] hier noch nicht durch das Thema so oder ich habe vielleicht tatsächlich die Befürchtung, das könnte in Richtung Paraphilie gehen oder so, also da muss tatsächlich es noch mal mehr behandlungsbedürftig, so. Das ist ähm ein eingeschliffenes Verhaltensmuster oder so etwas, dann ähm rege ich beim Vollstreckungsleiter, der ja hier ähm im Stadtstaat hier die-, ist ja ein Richter, der hier die Vollstreckung überwacht, und eine Richterin, also die teilen sich das. Ähm dann rege ich da eine Begutachtung vor der Entlassung an, (.) in der Hoffnung, dass er das dann auch wirklich übernimmt und die auch macht. Klappt nicht immer, weil es ja auch wieder Kosten sind. Ähm und ansonsten sage ich dem, wenn der jetzt einen Bewährungsbeschluss-, das bespricht der auch mit uns Abteilungsleitern dann. Einmal im Monat kommen die her, besprechen solche Dinge mit uns. /I: Mhm/ Dass der im Bewährungsbeschluss oder im Beschluss für die Führungsaufsicht auf jeden Fall ähm eine weiterführende Therapie mit übernimmt. So. /I: Ah, als Auflage?/ Genau, ganz genau. Das sage ich dann natürlich auch vorher dem Insassen, logischerweise, /I: Mhm/ aber das ist dann, also das ist dann nicht so, dass ich denke: "Oh, das ist therapeutisch und ich habe da ein ganz schlechtes Gefühl und diese und jene Erkenntnisse." oder so-, das-, ich gebe dann vielleicht nicht die Erkenntnisse im Einzelnen weiter, aber ich sage schon: "Obacht, da muss noch mal hingeguckt werden." /I:

sorge-Einrichtung einer JVA anzugliedern (z. B. in RP Psychotherapeutische Ambulanz der Justiz (PAJu) Ludwigshafen sowie PAJu Trier) (vgl. dazu auch das vom BMJ von 10/2011 bis 09/2013 geförderte Projekt zur Evaluation der Führungsaufsicht unter <http://www.jura.uni-tuebingen.de/einrichtungen/ifk/forschung/fuehrungsaufsicht> [21.07.2014]).

Mhm/ Aber weil das ist ja auch wichtig, ne? Das würden wir bei Gewaltstraftätern genau so machen, /B1: Ja/ wenn wir da so einen Wahnsinns-Verdacht haben, ne? (.)

Dass wir gemerkt haben, wir müssen die Leute auch nach der Entlassung hier draußen begleiten, an dem Punkt. Wir haben hier fast ungefähr fast an die 30 Leute, die wir noch draußen nebenbei begleiten nach der Entlassung. Und dann gehen wir, dann fahren wir zu den Bewährungshelfern hin und solche Geschichten /F2: Und müssen dem Bewährungshelfer aufklären, dass er das gut gelernt hat, aber trotzdem noch nicht verinnerlicht hat. {lacht} Richtig genau. An welchem Punkt er das gut erzählt und an welchem Punkt aber tatsächlich eine Floskel ist, die aber inhaltlich nicht verankert ist und so. Und das ist etwas, was wir draußen merken, wenn man dann draußen mit den Bewährungshelfern oder der Polizei spricht, wenn die im KURS⁴³ sind. Und die rufen dann ihre Nummer, wie hab ich das dann zu verstehen, wenn der so und so drauf ist. Das heißt, diesen Teil muss man eben auch ein ganzes Stück weit in die Verantwortung nehmen, wenn man dann so eine Intensiv-Behandlung macht, wie das hier so läuft. [...] das ist ja eine ganz wichtige Säule diesen Übergang für die Gefangenen irgendwie den Empfangsraum und auch die Nachsorge zu stecken. Viele bleiben ja angebunden, wenn wirklich was ist, dann rufen die bestimmte Leute hier im Haus an. Was ja gut wäre, für so eine eigenständige Sozialtherapeutische Anstalt wäre ja, dass man zum Beispiel eine eigene Ambulanz hätte, wo man die Leute auch gerade für den Übergang und in der ersten Phase die ja ganz schwierig ist sich draußen zurecht zu finden. Wo man denen dann auch regelmäßig noch Termine richtig in so einer Ambulanz anbieten könnte. Also, oder wo man Therapien noch fortsetzen könnte.

In Rheinland-Pfalz wird explizit dieses Modell verfolgt, d. h. die Psychotherapeutischen Ambulanzen der Justiz (PAJu) in Trier und Ludwigshafen sind an die dortigen Justizeinrichtungen angegliedert und betreuen vorrangig Klienten, „die in der JVA Ludwigshafen eine Sozialtherapie begonnen haben und deren erfolgreicher Abschluss bis dato nicht erfolgt ist. Weiterhin können Personen aufgenommen werden, die nach Endverbüßung einer Freiheitsstrafe entlassen oder deren Restfreiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt wurde und die im Rahmen einer Führungsaufsichts- oder Bewährungsweisung die Vor-

43 Bezüglich der einzelfallbezogenen Überwachung entlassener (Sexual-)Straftäter haben mehrere Länder im Sinne eines Risikomanagements von Polizei und Staatsanwaltschaft ein Register geschaffen, das auch Daten aus der Vollzugs- und Behandlungsplanung enthält (z. B. HEADS (Haft-Entlassenen-Auskunfts-Datei-Sexualstraftäter in Bayern, Brandenburg, Bremen), KURS (Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftätern (in Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen) (vgl. dazu z. B. Dessecker 2011, 2012).

gabe erhalten haben, sich zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Abständen bei der Ambulanz vorzustellen bzw. einer Therapie zu unterziehen.“ (Feils et al. 2010: 13)

Die Funktion forensischer Ambulanzen ändert sich in Abhängigkeit von der Art der Führungsaufsicht (FA). Bei aussetzungsbedingten Führungsaufsichten (Typ I) geht es um eine belastbare ambulante Nachsorgestruktur, die es erlaubt, Behandlungsmaßregeln früher zur Bewährung auszusetzen und so die Freiheitsperspektive der Probanden zu verbessern. Der-artige Nachsorgeambulanzen stellen die Infrastruktur für die ambulante Weiterbehandlung zuvor (erfolgreich) stationär behandelter Maßregelprobanden (§ 63 StGB und § 64 StGB) zur Verfügung. Konzeptionell stehen diese Ambulanzen teilweise auch für (nicht oder kaum vor-behandelte) Probanden aus dem Strafvollzug offen. In erledigungs- oder vollverbüßungsbedingten Führungsaufsichten (Typ II) verfolgt die Arbeit der forensischen Ambulanz in der Regel zwei Ziele: Wegen nicht durchgeführter Therapien während des Vollzugs oder nach negativen stationären Therapieverläufen geht es um eine fachkundige Sicherung des Probanden (permanente Risikoeinschätzung) sowie den Versuch, im ambulanten Setting eine primäre Therapiemotivation zu erarbeiten (für einen empirischen Überblick vgl. auch Freese 2014).

In Berlin und Hamburg handelt es sich beispielsweise um forensische Ambulanzen des Typ I, d. h. diese sind an medizinische Einrichtungen angebunden: *Es gibt zwei forensische Ambulanzen in Hamburg, einmal am UKE sozusagen und einmal am Klinikum Nord. Mit denen gibt es eine enge Ab-, also da wird eng abgestimmt. Dass die Insassen von Bergedorf auch da schon teilweise die ersten Gespräche da hin haben, hinmachen. Dass dann schon klar ist, wer betreut sie da weiter. Gehen sie in eine Gruppe oder gehen sie zu einem Einzeltherapeuten? Em das wird sehr eng abgestimmt und es gibt auch immer noch die Möglichkeit der Nachsorge, wenn es erforderlich ist, durch unsere Kolleginnen und Kollegen. Also einige Insassen, auch wenn sie dann entlassen sind, anrufen sowieso, die rufen dann auch mal an und berichten, wie es ihnen ergeht. Em im Einzelfall können da auch immer noch Gespräch angeboten werden durch die Psychologen oder durch em äh durch die Behandlungsteams, also durch die Vertrauenspersonen, Also da sind wir relativ offen und wenn dann irgendwie, wenn wir feststellen, da läuft irgendwas ganz schief für einen Insassen, dass wir dann auch alles tun oder irgendwie entsprechend.* (vgl. zu Möglichkeiten und Schwierigkeiten im Bereich der Behandlung von Sexualstraftätern am Beispiel der Hamburger Präventionsambulanz des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) auch Yoon et al. 2013)

E. Rahmenbedingungen der sozialtherapeutischen Einrichtungen

E.1 Räumliche Bedingungen

Im Jahr 2011 existierten bundesweit 61 sozialtherapeutische Einrichtungen, davon waren 51 Abteilungen (83,6 %) von größeren Justizvollzugsanstalten. Knapp die Hälfte dieser Einrichtungen (46,6 %) erfüllte den angestrebten Standard der Einzelraumunterbringung; etwa jeweils rund ein Viertel verneinte dies (25,9 %) bzw. machte keinerlei Angaben (27,6 %) zu diesem Punkt. Neben der Unterbringung zu Einschluss- bzw. Nachtzeiten ergeben sich aber auch im Tagesablauf Möglich- und Notwendigkeiten des Kontakts zwischen SothA- und Nicht-SothA-Häftlingen. Je länger und häufiger die beabsichtigte Trennung nicht aufrechterhalten werden kann, desto schwieriger dürften subkulturelle Einflüsse zu minimieren sein. Dies bliebe auch nicht ohne Auswirkungen auf die von fast allen Einrichtungen als integrative Milieuthérapie bezeichnete Behandlungsform/Therapie.

In den Konzepten findet auch die Trennung vom Normalvollzug kaum Erwähnung.⁴⁴ So ist zwar oft von „Milieuthérapie“ die Rede, doch lässt sich deren Wirksamkeit vor dem Hintergrund eines möglicherweise weitgehend gleichförmigen Tagesablaufs mit Arbeit/Ausbildungsmaßnahmen und allgemeinen Freizeitangeboten gemeinsam mit anderen Gefangenen zumindest hinterfragen. Bei den Rahmenbedingungen der Sozialtherapie gilt es also vor allem auch das strukturelle Spannungsgefüge zwischen sozialtherapeutischer Abteilung und Gesamtanstalt in den Blick zu nehmen. *Tabelle 19* stellt die Konzept-Angaben der Einrichtungen hinsichtlich der räumlichen Trennung dar. Dabei wird deutlich, dass bei allen Items etwa 40 % der Angaben fehlen. Bereits dieser Befund könnte auf ein strukturelles Problemfeld hinweisen. Berücksichtigt werden muss auch, dass sich acht dieser Einrichtungen (13,8 %) als eigenständig bezeichnen, sich aber bei näherer Betrachtung im Rahmen der leitfadengestützten Interviews auch hier Überschneidungen ergeben.

Auch im Zusammenhang mit Lockerungen und Entlassungen (vgl. D.5 und D.7) wären eigenständige sozialtherapeutische Anstalten mit einem eigenen offenen Vollzug aus Sicht des Leiters der einzigen offenen Abteilung für Männer (SothA Euskirchen) am besten geeignet: *denn hier äh vom offenen Vollzug aus kann man viel, viel bessere und intensivere Entlassungsvorberei-*

44 Es kann vermutet werden, dass die fehlenden Informationen bewusst fehlen, um nicht offenlegen zu müssen, dass die geforderten Rahmenbedingungen nicht erfüllt werden können. Als lobenswerte Ausnahme sei hier die SothA Landsberg angeführt, die klar darlegt, warum sie diese Vorgaben nicht einhalten kann und wie sie versucht, ihnen soweit wie möglich entgegenzukommen.

tungen treffen, ne. /I: hm/ Also was man so unter sozialem Empfangsraum äh sich vorstellt, das kann man hier mit den Gefangenen wirklich gemeinsam entwickeln, gemeinsam erarbeiten. Man ist immer dabei. /I: hm/ In [SothA des geschlossenen Vollzug] ist es viel schwieriger, einen überhaupt aus der Pforte herauszukriegen. Das ist ganz, ganz, ganz, viel was völlig anderes. Deswegen plädiere ich auch äh ganz heftig und massiv dafür, dass man Sozialtherapie eben auch im offenen Vollzug mit entwickelt, weil es da viel besser geht. Die anderen sozialtherapeutischen Einrichtungen, also die selbstständigen Anstalten, soweit ich mich erinnere, haben alle den Status einer geschlossenen Anstalt. Mit den ganzen Auflagen, die eine geschlossene Anstalt hat.

Tab. 19: Räumliche Trennung gemäß den 58 analysierten Konzepten der sozialtherapeutischen Einrichtungen 2011

	k. A.		nein		teilweise		ja		Summe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
getrennter Hofgang	34	58,6	3	5,2	-	-	21	36,2	58	100
getrennte Arbeit/Schule	22	37,9	17	29,3	6	10,3	13	22,4	58	100
getrennte Freizeit	26	44,8	2	3,4	4	6,9	26	44,8	58	100
getrennter Sport	29	50	4	6,9	6	10,3	19	32,7	58	100
getrennte Religionsausübung	48	82,8	-	-	3	5,2	7	12,1	58	100

Hinsichtlich der Trennung wurde im Rahmen der Stichtagserhebung 2012 gefragt, wie viel Zeit pro Woche ein beschäftigter SothA-Gefangener (ohne Hausarbeiter) gemeinsam mit Gefangenen des „Normalvollzugs“ verbringen kann bzw. muss – unter Berücksichtigung der jeweiligen Ausbildungs-, Beschäftigungszeiten sowie Freizeitangebote. Aus methodischen Gründen sind die Angaben schwierig zu interpretieren, da einerseits in der Frage nach Stunden pro Tag gefragt wurde, die Angaben jedoch in Stunden pro Woche gemacht werden sollten, weil eben auch die diversen Freizeitangebote berücksichtigt werden sollten (die – annahmegemäß – nicht täglich stattfinden). Sofern sowohl die minimale als auch die maximale Stundenzahl unter 12 lagen, wurde angenommen, dass es sich um tagesbezogene Angaben handelt. Unter Berücksichtigung dieses Vorgehens ergibt sich, dass die durchschnittliche Kontaktzeit mit dem Normalvollzug innerhalb einer Woche zwischen 22,5 und 39,1 Stunden – auf den Tag umgerechnet heißt dies, dass ein Gefangener zwischen 3,2 und 5,6 Stunden mit Gefangenen des Normalvollzugs zusammen sein muss bzw. kann.

Lässt man die räumlich vollständig separierten Einrichtungen in Bad Gandersheim, Berlin (Frauen), Erlangen, Gelsenkirchen und Ludwigshafen,

Vechta (Frauen) heraus ergeben sich Werte zwischen 3,6 und 6,2 Stunden täglich. Überwiegend ist dieser Kontakt den gemeinsamen (Aus-)Bildungsangeboten bzw. der Arbeitsstätten geschuldet. Bei der faktischen Betrachtung gibt es also einerseits Einrichtungen, die formal zwar Abteilungen sind, aber räumlich überhaupt keinen Kontakt mit dem Normalvollzug haben, weil sie z. B. Außenstellen sind wie Bad Gandersheim, Berlin (Frauen) und Vechta (Frauen). Andererseits gibt es allerdings auch eigenständige Anstalten, in denen SothA-Gefangene gemeinsame Zeit mit Gefangenen des Normalvollzugs verbringen müssen und/oder freiwillig können; so ist in Asperg als formal eigenständiger Anstalt der Hofgang gemeinsam mit den im Vollzugskrankenhaus Untergebrachten organisiert. In der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Würzburg sind jedoch auch die Arbeitsplätze von der Gesamtanstalt vollständig separiert, so dass dort lediglich freiwillige Kontakte zu Gefangenen des Normalvollzugs möglich sind – im Gegensatz zu manch formal selbstständiger Anstalt, die jedoch keine eigenen Werkbetriebe hat. Es bedarf also bei den gegenseitigen Einflussnahmemöglichkeiten im Sinne subkultureller Verstrickungen eines genaueren Blicks als dies im Rahmen einer quantifizierenden Erhebung möglich ist.

Wegen der vergleichsweise vielen Einrichtungen, die angeben, dass es nicht unvermeidbar sei, Kontakt mit Nicht-SothA-Gefangenen zu haben, lässt sich vermuten, dass zumindest von diesen 12 SothA – entgegen der Fragestellung – Hausarbeiter innerhalb der SothA dennoch berücksichtigt wurden; andernfalls erklärten sich die Angaben dieser Abteilungen bei der Minimalanzahl nicht, denn die Mehrzahl der Beschäftigten geht ihrer Arbeit innerhalb des Normalvollzugs nach (vgl. *Tabelle 17*).

Bei **Sicherungsverwahrten** müssten nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil auch besondere Unterbringungsbedingungen berücksichtigt werden. In der Praxis wird die im Urteil vorgenommene Verknüpfung zwischen Besserstellung der Sicherungsverwahrten bei den Räumlichkeiten und gesteigerten Therapieanforderungen (durchaus im Sinne einer Sozialtherapie interpretierbar) als eher schwierig eingeschätzt: *Ich finde, es muss auch eine ganz klare Entscheidung für den Sicherungsverwahrten geben: "Möchte ich mich auf Dauer hier einrichten? Und dann habe ich auch ein Recht darauf, fast wie in einem Altenheim zu leben. Oder möchte ich gerne Therapie machen? Und dann sollte ich mir nicht meine Zelle besonders groß und schön und offen gestalten, sondern mich mit der Therapie der Deliktbearbeitung und meiner Persönlichkeit beschäftigen. Und wenn man das vermischt, dann ist manchmal keine klare Entscheidung des Gefangenen da, und dann möchte er die Playstation aus der Longstay-Einrichtung mit der Therapie aus der Entlassungseinrichtung verknüpfen. Und ich bin mir nicht sicher, ob das nicht zu einer Verwirrung*

auch bei manchen führt und nicht zu einer klaren Entscheidung und dass er jetzt sich auch mit bestimmten inneren Dingen beschäftigen muss. Und deswegen bin ich da etwas besorgt, weil das Bundesverfassungsgericht ja beide in den Text reinschreibt, und der Abstand muss eben auch bei der Haft-raumausstattung da sein. Hoffentlich bleibt es für den Gefangenen oder Sicherungsverwahrten noch deutlich, dass er, wenn er sich auf Therapie einlässt, es auch anstrengend, steinig, aber vielleicht mit einer Möglichkeit wieder raus zu kommen verbunden ist. Und wenn man dann gleichzeitig sich so schön einrichtet, dann hat es eher etwas Gegenläufiges, finde ich. Und ähm ich bin mir eben nicht so ganz sicher, wenn es schon dem Bundesverfassungsgericht nicht ganz klar war, dass die Dinge sich nicht gut zu einander verhalten, ob es für den betroffenen Sicherungsverwahrten deutlich ist.

Stimmt der Sicherungsverwahrte seiner Verlegung in die Sozialtherapie zu, relativiert sich das Abstandsgebot infolge seines freiwilligen Verzichts auf die gehobenere Unterbringung. Wie sich das jedoch bei Sicherungsverwahrten gestaltet, die darauf – aus welchen Gründen auch immer – nicht verzichten wollen, bleibt fraglich: Und da wird man in Zukunft in diesen neuen Einrichtungen und Häusern eben etwas Zusätzliches schaffen müssen, was es bisher nicht gibt. Und es ist sicher nicht Therapie, im Sinne von Kriminaltherapie, aber das ist sicher so etwas wie "Soziale Kompetenzen erhalten, jemand lebensfähig erhalten, ähm pflegerische Elemente", aber auch Motivationstraining auf so einem ganz niederschwelligem Niveau, wo man jemand vielleicht behandlungsfähig macht.

Möglicherweise entsteht dann auch eine Art eigener Sozialtherapie für die Sicherungsverwahrten, auch wenn das von den Praktikern vor allem wegen der Homogenität der Gruppe eher als problematisch angesehen wird: Ich glaube, wenn nachher wirklich Therapie stattfindet, ist es ein Wert an sich, dass man sich auch mit anderen mischt, die mehr Perspektive haben, die man dann auch als Vorbild nutzen kann, an denen man auch sehen kann, zu was Entwicklung das auch führen kann? Und ich glaube, dass es zwar Spannungen schafft, aber im Grunde sehr produktive Spannung. Deswegen bin ich immer am Überlegen, ob so ein abgetrenntes Haus am Ende nicht auch sehr viel konserviert und Status festschreibt. Aber da ja nun mal das Bundesverfassungsgericht sagt, dass es da auch bessere Räumlichkeiten gebe muss, jedenfalls die (.) 11 Länder, die sich zusammengesetzt haben, um Maßstäbe zu formulieren, haben gesagt: Da müssen eine bestimmte Zahl von Quadratmetern grundsätzlich erst mal vorliegen. Ähm und weil man eben auch Räume für Pflegekräfte braucht und eben eine ganze Reihe von Veränderungen, ist es sicher richtig, dass man über Bauliches nachdenkt. (..) Ob man da dann so eine Art Zweite Struktur neben Sozialtherapie aufbauen muss, die völlig identisch ist, da bin

ich im Zweifel und würde gerne für [Bundesland A] die Weichenstellung so haben: (.) Wer noch nicht die SV. angetreten hat, kommt sowieso in die SothA, wenn er nur irgendwie behandlungsfähig ist und wer sie angetreten hat (.) sollte auch zuerst mal gucken, ob nicht das breitere therapeutische Angebot jedenfalls der [Bundesland A] SothA, mit den verschiedenen Behandlungsrichtungen, mit den vier Behandlungsmöglichkeiten, nicht für seinen Fall geeigneter ist. Und wenn das nicht so ist, dann kann man ja immer noch überlegen, ob man in diesem gesonderten Haus therapeutische Angebote macht, die dann eben eher in so Longstay-, äh -richtungen gehen oder mal auf eine Entlassung in ein Altersheim oder in eine (.) offene Einrichtung zielen oder die den pflegerischen Aspekt in den Vordergrund stellen. Also das sind, glaube ich, so die-, also diese Parallelstrukturen würde ich falsch finden, weil Sicherungsverwahrte untereinander nur in einer kleinen Sonder-Sozialtherapie-, da geht so viel verloren an Dynamik, an-, an-, an Konfliktstoff mit Leuten, die sie überholen und die noch mehr Lebensperspektive haben.

Zuletzt wird es wohl von den Gerichten abhängen, die zu entscheiden haben, ob ausreichende Therapieangebote gemacht worden sind. Das Urteil bewirkt längerfristig wahrscheinlich zumindest eine zeitliche (Vor-)Verlagerung der Behandlungsangebote bereits während der Verbüßung der Strafe sowie eine verbesserte Dokumentation dieser Motivierungsarbeit. In einigen Bundesländern war dies jedoch schon bisherige Praxis: *Ich glaube, im Moment wage ich die These: Jeder behandlungsfähige Sicherungsverwahrte oder einer, der SV-Anschluss-notiert hat, kann in der SothA in [Bundesland A] einen Platz bekommen. (.) Das ist sicher in anderen Bundesländern anders. Aber ich glaube, jeder, der behandlungsfähig ist, also erreichbar ist, bei dem nur die Möglichkeit der Erreichbarkeit besteht, kann bei uns hier aufgenommen werden, wird auch aufgenommen, [wie] bisher. Insofern denke ich, wird sich die Praxis gar nicht so grundlegend verändern für uns.*

E.2 Das Verhältnis zur Gesamtanstalt und der Stellenwert der SothA

Im Folgenden scheint eine Differenzierung wenig angebracht, da die Nicht-Selbstständigkeit der meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen neben dem Nutzen-Müssen bzw. -Wollen der Strukturen der übergeordneten Gesamtanstalt im Tagesbetrieb vor allem mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zusammenhängt. Zum Stichtag 31. März 2013 waren formal 7 der 66 Einrichtungen selbstständig organisiert (10,6 %). Tatsächlich räumlich vollständig separiert, d. h. ohne dass irgendein Kontakt mit Gefangenen des Normalvollzugs möglich war, waren nach den Befunden von 2012 (vgl. E.1) lediglich folgende sechs Einrichtungen: Erlangen, Gelsenkirchen und Ludwigshafen als

eigenständige Anstalten sowie Bad Gandersheim, Berlin (Frauen), Vechta (Frauen) als Abteilungen ohne alltägliche Überschneidungen mit der formal bzw. organisatorisch zugeordneten (und in der Regel etwas entfernt gelegenen) Hauptanstalt: *es hat ja viele Vorteile, dass wir hier sehr weit weg sind von der Hauptanstalt, im Grunde überhaupt weit weg vom Vollzug. Wir sind ja ein bisschen wie auf einer Insel, das hat extreme Vorteile.*

E.2.1 Tagesablauf

Die Anbindung an eine Gesamtanstalt hat verschiedene Vor- und Nachteile: Ein Beeinträchtigung ist beispielsweise – je nach konkreter Ausgestaltung – dass die **Tagesabläufe**, sich in ihrem Kern wegen der notwendigen Kongruenz hinsichtlich der Arbeits- bzw. Ausbildungszeiten nur unwesentlich unterscheiden, so dass die SothAs allenfalls im Rahmen der Freizeit eigene Strukturen entwickeln können. Im Hinblick auf die konstitutive Therapie bleiben dabei nur wenig Möglichkeiten, die nur wegen des besonderen Engagements des Fachpersonals zu erbringen sind: *Der andere [Nachteil] ist, dass wir dem Tagesrhythmus von [Gesamtanstalt] völlig unterworfen sind. So (.) letztens wurde da umgestellt, je nachdem wann-, früher zwischen 14:30 Uhr und 15 Uhr im Haus und wir konnten mit den Therapien anfangen. Das ist jetzt so, dass die um 16 Uhr hier sind und (.) das ist für die Therapeuten wirklich schwierig, offiziell, nach meiner Information, macht jeder im Grunde zwei Spätdienste bis 18 Uhr und dürfte theoretisch früher gehen, aber die Leute arbeiten zum Teil (.) freiwillig und jeder für sich zu unterschiedlichsten Zeiten, das ist natürlich auch positiv, viele sind sehr flexibel, aber manche sitzen auch bis 20 oder 21 Uhr oder kommen morgens um 6, um ihre Einzeltherapiestunden mit den Leuten vor oder nach der Arbeit zu machen.*

Andernorts ist es allerdings auch so, dass die Arbeit der SothA-Gefangenen deren Therapiezeiten berücksichtigt. Die einfachste Lösung ist, wenn die verpflichtenden Therapiestunden, die innerhalb der regulären Arbeitszeit stattfinden, auch wie Arbeit entlohnt werden; in der Mehrzahl der Einrichtungen ist dies nach eigenen Angaben auch der Fall (vgl. *Tabelle 17*) – möglicherweise bezieht sich dies jedoch nur auf die Gruppentherapiesitzungen und nicht auf die individuell abzustimmenden Einzeltherapiestunden. *Aber prinzipiell, glaube ich, ist die Anstaltsleitung daran interessiert, dass die ähm (.) SothA möglichst angeglichen ist an dem Rest des Vollzuges. Also da darf es möglichst wenig eigene Wege geben. Und von daher ist auch der Tagesablauf sehr weit angeglichen und lauter so eine Sachen*

Im Unterschied zu männlichen Gefangenen, die mehr im Fokus der Politik und Öffentlichkeit stehen, scheinen die **Einrichtungen für Frauen** aufgrund ihrer anderen Klientel mehr Freiräume – innerhalb des gleichwohl beschränkten finanziellen Rahmens – zu haben: *Ehm (.2.) der Frauenvollzug ist auch ein Nischenvollzug, also das muss man auch sagen, ehm die Bedeutung der Frauen ist ehm, das sieht man da sehr deutlich, nicht so doll, weil wenn hier jemand abhaut, dann wird nicht gleich der Kopf des Senators ehm gefordert, sondern eher, ehm, ja mal mitleidig belächelt, dass man nicht mal auf Frauen aufpassen kann oder so was ne? Also das merkt man schon deutlich, aber ja ehm, auf der anderen Seite ist man auch sehr dankbar, weil man viel mehr Möglichkeiten hat, also Spielräume. Wir haben hier auf ehm einer Station keinen Nachtverschluss, wir haben, also man kann schon eine ganze Menge machen und das kann man hier ausprobieren, wir haben ehm, als einzige Anstalt mittlerweile in ganz Deutschland noch die Spritzenvergabe für Drogenabhängige, joa und ehm, eigentlich könnte man hier noch viel mehr ausprobieren, oder noch viel weniger Knast, aber ehm, nee, das ist im Moment in Zeiten der finanziellen Nottlagen wird das immer schwerer, ja. Mit den Worten eines anderen Leiters kann man es auch so zusammenfassen: Also Frauen im Knast sind exotisch. SothA-Frauen im Knast ist noch exotischer.*

Insgesamt bedürfen die sozialtherapeutischen Abteilungen einer größeren Flexibilität als die Gesamtanstalten zu leisten bereit oder imstande sind; eine nicht zu vernachlässigende Schnittstelle ist beispielsweise die Kammer und Pforte – bei Lockerungen und Besuchen, die im besten Falle von den größeren Freiräumen der SothA zeugen, werden die natürlich sehr viel mehr beansprucht als dies bei(m einzelnen) Regelvollzugsgefangenen der Fall ist: *Und diese Abhängigkeit eben von der Organisation hier, nicht? Und das muss alles mit eingefädelt und gehandelt werden. Das kostet so viel Zeit und manchmal würde ich sagen: "Jetzt hört mal auf. Lasst mich zufrieden. Ich will hier nur in Ruhe, {lacht leicht} dass das klappt." Nicht? Aber bis es klappt, da-, äh kriegt man manchmal graue Haare.*

B1: Ja, man muss schon irgendwie hier eine Ecke (.) penetrant und hartnäckig sein. Also die-, die [Nachsorge-]Institutionen geben uns eine Terminvorgabe: "Sie können morgen kommen." "Ja, ich kann morgen kommen, kein Problem." {I lacht} Wie kriege ich den Gefangenen bis dahin raus? /B2: Ja/ So. Das geht hier im Haus noch, okay, ne? Wenn der dann aber seinen Kleidersack noch nicht hat oder dieses noch nicht hat, (.)dann stehen Sie da und denken: "Oh nein, der nächste Termin ist erst in 4 Wochen." 4 Wochen ist eine Menge Zeit, (.) um dann vielleicht zu hören: "Ich nehme ihn doch nicht." Und den nächsten Termin wieder zu machen. So, da ist diese Institution nicht unbedingt geboren, einem das Leben dann leichter zu machen. Und dann geht es manch-

mal auch wirklich nur mit "Füße trampeln {lacht} und böse werden". Ähm und einfach zu sagen: "So, ich gehe jetzt mit dem raus. Feierabend." Ne? "So, wenn Ihr mich jetzt aufhalten wollt, dann seht zu, wie Ihr es hinkriegt." Ne? /I: Mhm/ So, das ist nicht immer schön. So, und das finde ich dann auch manchmal-, das ist zermürbend. /B2: Ja/ So, dass-, dass ich dann manchmal denke: "Ey, nee, nee, nee. Wenn Ihr das alles nicht wollt, ne, dann hört doch auf mit der Scheiße. Dann lasst es aber auch ganz." "Aber, wenn Ihr es wollt, dann gebt uns auch bitte die Möglichkeit dazu." Und hier ist schon keiner mehr im Haus, ne, wir sind ja alle schon so alte {lacht} Säcke, hier ist ja keiner mehr so naiv, dass er wirklich glaubt, vom einen auf den anderen Tag etwas [wuppen] zu können. Also das ist dann schon (.) ähm (.) dann ist es, wenn wir das wirklich vom einen auf den anderen Tag wollen, dann (.) hat das auch wirklich schon einen Grund. Nicht nur, weil wir uns nichts Besseres dazu einfällt.

E.2.2 Ressourcen als Ausdruck des Stellenwerts der Sozialtherapie

Und deswegen glaube ich sind wir an der Stelle nicht so weit wie [Bundesland B], die ab-, unabhängig von den Regierungswechseln, einfach-. Sozialtherapie: Da gibt es einen Berater im Ministerium. Da gibt es ähm [irgendwie immer jemand], der auch beschaffen ist und welche Person das ist-, Herr [C] ist ja jetzt eher ein zurückhaltender, nicht so extrem konflikt-, ähm -bereiter Mensch, aber das Thema wird vertreten durch eine Person. Und wenn man irgendetwas Sozialtherapeutisches hat, dann sagt man: "Ach, Herr [C], können Sie mir nicht mal sagen, wie ist das damit und-" So etwas fehlt hier. Es ist überhaupt kein-, es hat keinen Stellenwert in [Bundesland A]. Ähm das sage ich jetzt ohne so große Trauer, ähm (.) aber es ist manchmal so schwer, weil man immer wieder von vorne anfangen muss.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Sozialtherapie im Allgemeinen einen sehr unterschiedlichen politischen Stellenwert zu haben scheint: Einerseits könnte man vermuten, dass dieser vergleichsweise kostenintensive Behandlungsvollzug stärker im Fokus bzw. hinsichtlich seiner Erfolge unter Beobachtung steht – nicht zuletzt ist Therapie durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil wieder betont worden. Andererseits scheint immer noch bzw. gerade wegen der sonst steigenden Kosten, wolle man Sozialtherapie wirklich engagiert durchführen, kein besonderes Interesse daran zu bestehen: Aber ähm (.) also ich finde, die Lobbyarbeit verbesserungsbedürftig, aber ich finde, dass unsere Erfolge da, also ich mache es ja jetzt von drei Leitern schon am längsten, (..) ähm sehr begrenzt nur wahr. Weil [Bundesland A] arm ist. Weil SothA in [Bundesland A] kein besonderes Thema ist.

Eine Teilanstalt, die, sagen wir mal, einen relativ eigenständigen Personal-körper hat, aber im Grunde die wichtigen Entscheidungen allein nicht treffen kann. Weil der Anstaltsleiter hier da die Hand drauf hat. Wir sind deshalb ein bisschen darauf angewiesen, dass der Kontakt gut ist und ähm wir leiden etwas darunter, dass der Anstaltsleiter eben (.) so eine etwas mathematische Betrachtung der Häuser hat. Er sagt eben: "Es muss immer alles gleich sein, möglichst." Also die anderen Häuser, wo ja keine Sozialtherapie machen, wenn wir da Personal reduzieren, muss in der SothA auch Personal reduziert werden." Die haben zwar eine bessere Ausstattung als die anderen Häuser, aber wenn es jetzt zum Beispiel darum geht, dass zwei Häuser im nächsten Jahr geschlossen werden und Personal abgegeben werden muss, dann wird die SothA sicher eher proportional beteiligt. Und "proportional" heißt eben "mathematisch, arithmetisch, mit einer Prozentzahl" und nicht aufgrund einer inhaltlichen Entscheidung, dass man zum Beispiel als Anstaltsleiter sagt: "Ich möchte gerne, dass Sozialtherapie unterproportional beteiligt wird, damit dort die Behandlungsarbeit-," Wir werden ja keinen einzigen Gefangenen verlieren im nächsten Jahr. In anderen Häusern gehen Gefangene weg. Äh, äh, dann-, aber dann- "Ich möchte, dass Sozialtherapie", könnte der Anstaltsleiter ja sagen, "mit bisheriger Ausstattung weiterarbeiten kann." Und das ist eben aus seiner Sicht schwer, anderen Häusern gegenüber zu vermitteln, weil man dann ja inhaltlich argumentieren muss, warum jemand anderes mehr geschröpft wird als die SothA und deswegen gibt es so eine Neigung, übrigens auch im Ministerium, die Dinge immer eher (.) eher-, so rasiermäßig zu machen. Da leiden wir manchmal drunter, weil wir gerne inhaltlich argumentieren wollen, es dazu oft aber erst gar nicht kommt. /I: Mhm/ (.3.) Das sind so die Probleme der Nichtselbstständigkeit. [...] Deshalb bin ich ja der Auffassung, dass das Ministerium allein politisch (.) legitimiert ist, solche Bewertungsentscheidungen zu treffen. Und deshalb kämpfe ich gar nicht, dass wir hier auf dem platten Land eine neue SothA gründen, sondern ich möchte, dass wir organisatorisch so selbstständig, dass nicht mehr der Anstaltsleiter, sondern das Ministerium Ressourcen-Fragen entscheidet, In Ko-, mit in, mit mir sozusagen. Und wenn ich dann am Ende scheitere und die sagen: "Es bleibt bei 1:11" Dann ist das eine politisch legitimierte Entscheidung, weil das Parlament am Ende da hinter steht und der Senat sagt: "Ich treffe die Entscheidung, dass Sozialtherapie mit 1:11 arbeiten soll." Aber das ist dann eine inhaltliche Entscheidung. Beim Anstaltsleiter habe ich immer eher das Gefühl, es ist eher eine arithmetische Entscheidung, die so die Ausgewogenheit zwischen den Häusern hier wahren muss, wo aber das Parlament ja nicht im Hintergrund steht. /I: Ja, ja/ Da gibt es ja noch mal eine Instanz da drüber. Und deshalb finde ich, ist es eigentlich das Ministerium, das die Ausstattung von Sozialtherapie mit bestimmen muss. Die drücken sich aber natürlich auch

gerne drum, weil es ja auch hart ist zu sagen: "Ich will jetzt 1:8 oder 1:6." Weil andere dann dafür etwas abgeben müssen. Und im Grunde sind-, ist niemand wirklich konfliktbereit und jedenfalls an der Stelle "Sozialtherapie". /I: Mhm/ Bei den Sicherungsverwahrten wird es jetzt Konflikte geben. Da hat man ja das Bundesverfassungsgericht im Rücken. Und äh bei den Jugendlichen hat man auch Konflikte eingegangen, bei den Frauen geht man auch manchmal Konflikte ein, aber (.) Sozialtherapie so als Thema ist nicht so eins, wo man sagt: "Da lege ich mich jetzt mal mit jemanden an." /I: Mhm/ (.) Ist jedenfalls mein Eindruck. [...] Im Grunde sind wir hier relativ frei und haben ziemlich viel Spielraum. Was uns eben wirklich zu schaffen macht, um das noch mal zusammenzufassen, ist die relativ schlechte Ressourcenlage. Wir haben ungeeignete Baulichkeiten, und wir haben eben eine relativ schlechte Personalausstattung. Grade auch mit Fachmitarbeitern, dieses 1:11, was wir hier haben, (.) ist eigentlich (.) an der Grenze des (.) Unvertretbaren. Aber wenn man [Gesamtanstalt] Maßstäbe anguckt, sind wir natürlich im Paradies, weil hier ein Sozialarbeiter 30 bis 40 Gefangene zu betreuen hat, außerhalb der SothA. Und wenn wir hier über 1:11 klagen, sagen die natürlich mit gewissen Recht: "Wo wohnt ihr denn?"

Diese Grabenkämpfe durchziehen alle Ebenen; wahrscheinlich setzen sie sich insbesondere auf den unteren Ebenen fort, weil zum einen eben der SothA-AVD in der Praxis häufig eben auch zum (Aushilfs-)Dienst in der Gesamtanstalt herangezogen wird und zum anderen sich bei Abteilungen der Kontakt von SothA-Gefangenen auch mit Regelvollzugspersonal (z. B. Arbeit, Kammer etc.) gar nicht gänzlich vermeiden lässt: *Wir haben einen hohen Personalspiegel. Auf 10 Gefangene kommen 3 Kollegen vom AVD. Das ist deutlich mehr als in den anderen Bereichen. Und das für eine Klientel, die nicht [gelitten] ist. Diese Sexualstraftäter, insbesondere Missbraucher, werden nicht geliebt. Die kriegen aber scheinbar alles und viel.*

B2: Ja, ja, ja, ja. Zucker in den Arsch, Entschuldigung, geblasen {lacht leicht} /I: Ja, ja/ und das sehen sehr viele Kollegen, also, als unanständig an und äh entsprechend, (.) na ja, ist auch unser Stand hier, nicht? Also ich erlebe es immer auch wieder mal, dass es irgendwo mal rumpelt, irgendetwas nicht klappt, nicht? Dass wir irgendwo hinter an gestellt werden, zufällig. Es kann viel Zufälle geben, aber (.) irgendwo wird es dann doch schon deutlicher, nicht? (.) Also wir sind (.) hier gelitten, aber nicht grade gerne gesehen. (.)

B1: Und andererseits haben wir ja auch-, also machen wir scheinbar auch für den Vollzug etwas Paradoxes. Wir haben die gefährlichsten Gefangenen, in dieser Anstalt, insbesondere in dieser Anstalt. [...] und gleichzeitig machen wir mit denen etwas, was Anstaltsleiter nicht durchschaubar ist für andere: Was läuft denn in diesen Gruppen? Wer will sich denn das schon anhören? Wer

interessiert sich denn für so etwas? Und wir wollen, dass sie sozusagen großzügiger gehalten werden, als der Rest der Anstalt. Das ist ein scheinbarer Widerspruch. (.) Ähm, ja, so sind wir dann eben auch gelitten, ne? Wir ecken da sozusagen überall auch mal ein bisschen an. Oder dass Klienten (.) idealerweise, insbesondere, wenn sie wenig Selbstbewusstsein haben, dann Selbstbewusstsein bekommen, dann aber auch sich durchaus trauen auf der Kammer zu sagen: "Nee, das mache ich jetzt mal so nicht mit." /I: Mhm/ Äh und dann fallen die vom einem Koma ins nächste, weil der perfekte Gefangene ist eigentlich der super angepasste Gefangene (.) und wir sind froh, dass der jetzt endlich den Mund aufmacht. Und die sagen: "Hier, jetzt, wie ist der denn unterwegs? Mach den mal wieder still." [...] Ich denke, das ist immer auch eine Einstellungssache, wie man in dieses Berufsbild reingeht, nicht? /I: Mhm/ Viele verbinden halt mit äh "Allgemeinen Vollzugsdienst" äh (.) "Wir müssen wegschließen. Wir müssen Sicherheit produzieren." Nicht? "Der Gefangene ist mit Misstrauen äh, äh zu beäugen und äh vor allem sind die alle gegen mich." So erleben die das auch. "Und ich muss den zeigen, wo es lang geht." Nicht? (...) Dieses ist, denke ich, weit verbreitet. Es wäre aber speziell für diese [SothA-]Abteilung eben nicht angemessen, ne?

Möglicherweise wirken sich auch die Neuerungen im Bereich der Sicherungsverwahrung (vgl. A.2) längerfristig positiv auf den Stellenwert und das Ansehen von (Sozial-)Therapie aus; nimmt man einen längeren Zeitraum in den Blick scheint allein durch die Expansion der sozialtherapeutischen Haftplätze (vgl. A) die Akzeptanz gestiegen zu sein: *Weil eben das Straßburger Urteil wahrscheinlich jetzt drin ist und man muss ja irgendwas entscheiden und irgendwas tun muss man ja jetzt. Also man kann da jetzt nicht sitzen, und aussitzen bis zum Nimmerleins-Tag. Das wird nicht gelingen, und von der Seite her ist das eigentlich in unserem Interesse, dass da jetzt Bewegung rein kommt und natürlich auch, nicht nur die Bewegung ist entscheidend, sondern ich finde, dass dadurch auch die Akzeptanz auch steigt. Denn in der Zeit, also ich bin eigentlich eine Frau des geschlossenen Vollzuges, ich komme aus der JVA [B], ehm, Sozialtherapie war eigentlich eher so, der Wattebausch-Vollzug mit dem Lächeln, also die Ernsthaftigkeit, naja, ne? Die liegen da auf der Matratze und schmeißen mit Wattebäuschchen so, also diese Inhalte, die in einer Sozialtherapeutischen Einrichtung auch erarbeitet worden sind, schon in der Vergangenheit, aber auch heute werden, die haben eine größere Akzeptanz auch unter den Kollegenschaften. Das muss man einfach so hervorheben. Also da ist eine positive Entwicklung. Ne? Also nicht wirklich nur, dass man sagt, das ist jetzt hier also Schließervollzug, also Tür auf, Tür zu und hier nehmen wir sie alle auf den Schoß und machen Heile, heile Gänschen. Also die setzen sich auch intensiver mit der Arbeit auseinander. Ich denke, das ist aber auch darauf zurückzuführen, dass viele Anstalten jetzt*

auch selber Sozialtherapeutische Abteilungen haben und da Erfahrungen sammeln und feststellen, ah Vollzug geht auch anders. Ja, dass da auch eine Akzeptanz ist, weil man das im eignen Haus auch miterlebt.

E.3 Personal

E.3.1 Betreuungsverhältnis, (Weiter-)Qualifikation und Beteiligung

Die Mehrheit der vorliegenden Konzepte (79,3 %) enthielt eine Aufstellung des Personals.⁴⁵ Standardgemäß beschäftigen die SothAs Psychologen, Sozialpädagogen (selten Sozialarbeiter) und Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes (AVD). In manchen Fällen kommen Ergotherapeuten, Juristen oder externe Mediziner dazu.

Das empfohlene **Betreuungsverhältnis** zwischen Insassen und AVD-Mitarbeitern liegt bei 1:3. Außer Baden-Württemberg, Sachsen, Thüringen (je 1:4) und Saarland (je 1:3,5) können diesen geforderten Mindeststandard alle Bundesländer erfüllen (vgl. *Tabelle 20*). In einzelnen Einrichtungen liegt das Betreuungsverhältnis jedoch auch bei 1:7.

Im Betreuungsverhältnis von Insassen zu Psychologen ergeben sich größere Defizite. Der hier angestrebte Wert sollte bei 1:10 liegen. Diesen Standard erfüllen nur Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Berlin liegt mit 1:10,5 nahe an dieser Vorgabe. In Thüringen und Brandenburg kommen auf jeden Psychologen mehr als doppelt so viele, nämlich rund 22 Insassen; die höchsten einrichtungsbezogenen Werte liegen bei 1:30. Über die Klientel hinweg betrachtet, ergibt sich, dass besonders bei jugendlichen Straftätern (1:15,5) im Sinne einer effektiven Behandlung mehr psychologisches Betreuungspersonal notwendig ist (vgl. *Tabelle 20*).

45 In zwölf Fällen fehlten sämtliche Angaben zur Anzahl des beschäftigten Personals, in drei weiteren Fällen waren keine Angaben zu den Mitarbeitern des AVD zu finden.

Tab. 20: Übersicht über die Betreuungsrelation (Konzepte 2011)

	Betreuungsver- hältnis Psychologen	Betreuungsver- hältnis Sozialdienst	Betreuungsver- hältnis AVD
Männer (36/38)	1 : 13	1 : 18,5	1 : 3
Jugendliche (19/19)	1 : 15,5	1 : 14,5	1 : 3
Frauen (3/4)	1 : 9	1 : 23	1 : 2,5
<i>Gesamt Ø (58/61)</i>	<i>1 : 13</i>	<i>1 : 17</i>	<i>1 : 3</i>
BW (4/4)	1 : 15	1 : 16,5	1 : 4
BY (14/14)	1 : 9,5	1 : 12	1 : 3
BE (3/3)	1 : 10,5	1 : 54,5	1 : 2,5
BB (2/2)	1 : 22,5	1 : 12	1 : 3
HH (2/2)	1 : 16	1 : 79,5	1 : 3
HE (2/2)	1 : 19	1 : 9	1 : 2
MV (2/2)	1 : 12	1 : 12	1 : 3
NI (8/11)	1 : 15	1 : 10,5	1 : 3
NW (9/9)	1 : 15,5	1 : 16	1 : 3
RP (4/4)	1 : 10	1 : 12,5	1 : 2,5
SL (1/1)	1 : 9	1 : 12	1 : 3,5
SN (3/3)	1 : 14	1 : 17	1 : 4
ST (1/1)	1 : 6	1 : 9	1 : 2,5
SH (1/1)	1 : 10	1 : 39	1 : 2
TH (2/2)	1 : 22	1 : 11	1 : 4

Im Bereich der Betreuung durch den Sozialdienst (Sozialpädagogen, Sozialarbeiter) weichen die Werte teilweise erheblich vom angestrebten Ideal 1:10 ab. Lediglich Hessen und Sachsen-Anhalt (je 1:9) erfüllen diese Vorgabe sehr gut. Niedersachsen (1:10,5), Thüringen (1:11), Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg (je 1:12) liegen in einem akzeptablen, aber ausbaufähigen Rahmen. Schleswig-Holstein weist ein Verhältnis von einem Sozialdienstmitarbeiter auf 39 Insassen auf, in Berlin sind es 54,5 und in Hamburg sogar 79,5 (vgl. *Tabelle 20*). Es bleibt zu hoffen, dass die tatsächlichen Verhältnisse besser sind als die teilweise sehr ungenauen (und möglicherweise veralteten) Konzeptangaben.

Im Alltag ist allerdings eher von einem schlechteren Verhältnis auszugehen, allein wegen der unvermeidbaren Ausfälle in Form von Krankheit, Urlaub oder allgemeinem Stellenwechsel: *Also die Frauen-SothA hat 21 Plätze und ist ja na-, viel schlechter ausgestattet mit Fachmitarbeitern, als wir. Ich weiß, dass Frau [D] über ein Jahr lang fast keinen zweiten Kollegen hatte, weil die eingestellte Kollegin krank wurde und ähm sie dann über Monate und Monate Leitung, (.) Therapieeinzel-, für 21 Klientinnen, Gruppentherapie für alle Klientinnen, alle Text schreiben, alle 57er Stellungnahmen, jeden Vollzugsplan. Das hat sie über ein Jahr alleine gemacht. (.) Und dagegen sind wir hier mit 1:11 ohne Leitung, die Leitung ist ja extra.*

Infolge der allgemein zurückgehenden Gefangenenzahlen, die sich zumindest indirekt auch auf die SothA-Belegung auswirken, entspannt sich das Verhältnis in einigen Einrichtungen: *Für mich gehört dazu, wenn ich Sozialtherapie mache, dass ich auch Gelder zur Verfügung stellen muss. Das heißt nicht in Saus und Braus, und dass Einschränkungen gemacht werden müssen, damit kann ich gut leben. Es muss nicht alles perfekt sein, aber (.) ähm (.) [...] ich kann nicht alles Mögliche anbieten mit (.) zu wenig Personal. (.) Also jetzt, wir sind relativ gut ausgestattet, finde ich, also wenn denn jetzt neue Kollegen da sind, wir haben ja jetzt grade so einen Umbruch bei uns, dass die ganzen Sozialpädagogen künftig nicht mehr da sind und wir dafür den gehobenen Dienst kriegen. Das wird schon mal eine Umstrukturierung sein. /I: Mhm/ (..) Dass ähm, aber sonst einfach vom Personellen her, wir sind nicht voll belegt und wenn man dann sieht: Zwei Abteilungsleiter und ein Wohngruppenbeamter für 24 Leute. Ich finde, da kann man nicht zwingend meckern. Das ist, oder wir weinen auf hohem Niveau, aber so auch von den Psychologen her, es müsste einfach machbar sein, dass neben den Gruppen, die auch [zu] den Einzelgesprächen, die die haben, einfach die Zeit haben, (.) [...] mit den Insassen zu reden oder dass man sich selbst die Zeit nehmen kann, auszutauschen. Also wir gönnen uns hier den Luxus, aber äh (.) ist schon mit dem Luft-, das dürfte kein Luxus sein, sondern Selbstverständlichkeit.*

Andernorts werden jedoch trotz der Nicht-Erfüllung der Mindeststandards Befürchtungen über Personalabbau geäußert, auch unter dem Konkurrenzaspekt der Sicherungsverwahrten-diskussion: *Erst mal ist es im Moment ein bisschen so auf manchen Stationen, allerdings besteht auch die Gefahr, dass sie uns einfach die Therapeuten [kicken] /I: Ach trotzdem?/ Ja, weil es- (.) ähm sagen wir es mal so, die Mindest- ähm, die Mindeststandards für Sozialtherapie, die finden wir ok. Und sie streben wir auch an, Herrn [E] und ich. Aber alle übergeordneten Instanzen sind nicht (.) ähm psychotherapeutisch an- interessiert, sozialtherapeutisch in erster Linie interessiert. Sondern das muss irgendwie laufen. Jedes kleine Detail müssen wir einfach erkämpfen, das ist einfach so. Und das wird wahrscheinlich in vielen Sozialtherapien so sein. Wir haben eine wirklich und uns zugewandte Referentin, Frau Dr. [G] hier in der Senatsverwaltung. Aber die fühlt sich auch für alle zuständig. Es gibt unglaublich wenig Mittel in [Bundesland A] und (.) wo-. Jetzt ist die Sicherungsverwahrten-Diskussion, eventuell wird hier ein Haus gebaut, und ich möchte wissen, wo die Therapeuten für dieses {lacht} Haus herkommen sollen. Ja? (.) Also da gibt es sicherlich (..) ähm weiß ich nicht. Das sind hier so meine Gedanken für die Zukunft. Da wird es sicherlich noch einige Kämpfe geben, müssen Sie verstehen.*

Die chronische Unterbesetzung zeigt sich auch beim Allgemeinen Vollzugsdienst: *Uns fehlen Kollegen, wie jedem Vollzug in [Bundesland B] auch. Also, wenn man so teilweise von [JVA aus Bundesland C] dann hört, bei Besichtigungen: "Ja, ich bin hier zuständig für 9, für 10, für 8." und dann kommt der Kollege aus [Bundesland B] und sagt: "21". Ooh, alles dreht sich um. Ja, wir sind zuständig, ein Kollege für 21, ich habe 21 Mann auf der Station, zur Zeit. /I: Und wer macht das jetzt grade?/ Keiner.*

Allerdings ist für viele Regionen ein **Mangel an qualifiziertem Personal** zu konstatieren, vor allem an approbierten Psychotherapeuten, die im Strafvollzug arbeiten wollen: *Ähm, ist natürlich die Personalgewinnung ein besonderes Problem. Bisher hat es (.) halbwegs gut geklappt, hier in der Abteilung, (..) dass wir gut ausgebildetes Personal gefunden haben. Aber die wachsen natürlich nicht auf den Bäumen. Viele Psychologen bilden sich daher parallel zu ihrer sozialtherapeutischen Arbeit in ihrer Freizeit fort, denn obwohl eine Weiterbildung im Sinne des Erwerbs einer Approbation nicht (finanziell)⁴⁶ honoriert wird, gilt sie vielerorts gleichwohl als Voraussetzung für eine (Fest-) Anstellung: Man ist dann Psychologische Psychotherapeutin, mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie {lacht} und staatlich geprüft und hätte letztendlich die Möglichkeit, irgendwann einmal eine Kassenzulassung, wie auch immer sich das dann entwickelt zu erwerben und sich niederzulassen, wenn man möchte. Aber ehm, ich finde das auch sehr sinnvoll, der Trend geht ja auch dahin im Strafvollzug, dass auch gerne Psychologen mit einer Therapieausbildung genommen werden, und das ist tatsächlich auch hier ein ehm Punkt für eine Festanstellung, also ich werde hier auch nur festangestellt, wenn ich (.) von daher, ja hängt irgendwie beides auch wieder zusammen.*

In einigen Ländern hat die Wahrnehmung dieses Personalgewinnungsproblems offensichtlich bereits zu Konsequenzen geführt: *Also es gibt andere Modelle in anderen Einrichtungen und auch in anderen Ländern, dass die Ausbildung zum Beispiel zum psychologischen Psychotherapeuten sehr gefördert wird. – Wir haben eine Menge sehr gut qualifizierter Kollegen. Viele haben die Approbation oder sind dabei sie zu erwerben. Das ist in vielen anderen Bundesländern ganz schwer, Leute mit solchen Qualifikationen zu bekommen. Der Preis ist natürlich, dass manche, die die Approbation haben, dann nach einigen Jahren auch sich niederlassen (.) und eine Praxis eröffnen. Aber, ich finde, im Grunde Menschen, die (..) eine Alternative haben zu arbeiten, (.) das*

⁴⁶ *Wir haben jetzt einen Menschen eingestellt, es ist immer etwas schwierig jemanden zu finden, der approbiert ist und Erfahrung hat mit Borderlinern, mit Sucht und schon mal in der Forensik irgendwo gearbeitet hat. /I: Mhm/ (.) Ich möchte immer gerne {lacht} dieses ganze Programm von demjenigen haben, der hier anfängt. Das ist sehr schwierig. Soma! die Approbation auch nicht bezahlt wird in Berlin. Es werden alle gleich bezahlt, die Psychologen*

ist auch ein reizvolles Potential. Weil Menschen, die gar nicht woanders arbeiten könnten, sind äh manchmal ähm. Naja, die hängen dann hier 30 Jahre und wenn jemand sagt "Ich könnte ja auch eine Praxis aufmachen" Das hat durchaus etwas-, etwas (.) wo man werben kann. Das sind auch die gut Qualifizierten. (.) Ähm und insofern fördern wir das mit der Approbation natürlich und ähm fördern das auch, dass die ihr psychiatrisches Jahr, während die hier bei uns arbeiten, machen können. Und, weil ich denke, wir profitieren die Zeit, die sie da sind und wenn sie irgendwann mal weggehen, ähm dann hoffen wir, dass es nicht zu schnell nach Erwerb der Approbation ist, sodass wir auch noch ein bisschen profitieren können. /I: Mhm/ (.) Aber das ist mit den Verhaltenstherapeuten ja ähnlich, also es sind eigentlich alle mit Richtlinienverfahren, die dann eben irgendwann mal-, auch mal darüber nachdenken, ob sie mal den Ort wechseln. Vielleicht ist das psychohygienisch ja auch nicht ganz falsch, dass man nicht 40 Jahre im Vollzug arbeitet, sondern vielleicht mal nach 15 Jahren auch einen anderen Ort sucht.

Eine Konsequenz wäre, Psychologen mit Approbation eben besser zu entlohnen als ohne Approbation: Weil das Schwierige ist ja, diese Arbeit ja hier in keiner Weise irgendwie auch wenn man eine Zusatzqualifikation zum Beispiel jetzt als Psychologe hat, das wird nicht finanziell honoriert, so wie das zum Beispiel in der Forensik ist. Wenn man da eine Approbation als Psychotherapeut hat, wird man relativ schnell eine Lohnstufe höher gesetzt, nach E14 und das ist hier überhaupt nicht. Und da können wir im Moment, wir suchen jetzt für den Psychologischen Dienst eine neue Stelle zugewiesen bekommen, suchen da eine Fachkraft. Ist ganz schwer, einen zu finden. Immer wenn die hören, sie werden hier nach E13 bezahlt, trotz Approbation und Berufserfahrung: „Nee das ist mir zu wenig, dann komm ich nicht.“ Das finde ich müsste vielleicht auch mal gesagt werden, müsste auch mal gesagt werden, dass wenn man ehm, approbierte Psychotherapeuten oder Fachleute hat, im psychologischen Dienst, dass man die auch entsprechend entlohnen muss und wenn man das nicht will, wird man die auch nicht mehr bekommen. [...] und wenn man immer nur denkt, man könnte so eine SothA aufgrund von Idealismus oder besonderen Engagement von einigen Leuten leben lassen, dann vertut man sich, das machen nicht alle Leute so wie [Vorname] und ich und dann kann das ganz schnell den Bach runter gehen, wenn man nicht guckt, dass man qualifiziertes Personal nachwachsen lässt und die anständig bezahlt, dass die das auf Dauer auch wollen. Innerhalb des Vollzugs wird teilweise offensichtlich eine nicht-therapeutisch ausgerichtete Abteilung als weniger anstrengend empfunden, so dass behandlerisch qualifiziertes Personal die größeren (Klientel-)Mühen in einer SothA kaum auf sich nehmen möchte: Also ich habe Leute hier angerufen, aus dem Vollzug, weil ich wusste, die haben eine Approbation und die haben gute klinische Kenntnisse, die haben Voll-

zugserfahrung, um die eben für die Stelle zu gewinnen. Die haben mir gesagt, ja bin ich denn verrückt? Soll ich mich denn bei euch totarbeiten? Geld krieg ich auch nicht mehr. Nein, da bleibe ich schön hier in meiner geschlossenen Anstalt, und dann gehe ich nebenher und mache eine Nebentätigkeit und dann komme ich auf mein Geld. Nicht eine, sondern mehrere ne? Und das finde ich muss innerhalb des Vollzuges gefördert werden, dass die Leute, die eine qualifizierte Ausbildung haben, die gute klinische Kenntnisse haben, dann auch in solche Behandlungskontexte reingebracht werden und dafür honoriert werden. Sowohl bei den Psychologen, als auch bei den Sozialarbeitern. Sonst wird das bald keiner mehr tun.

Fortbildungsmöglichkeiten sind bei 41 der 58 untersuchten Einrichtungen (70,7 %) generell im Konzept verankert. Dabei wird jedoch oft offen gelassen, wie genau diese gestaltet sind und wie oft sie stattfinden. Ähnlich gestaltet sich der Sachverhalt für **Supervisionen**. In 48 von 58 Konzepten (82,8 %) werden diesbezügliche Angebote erwähnt, wobei in den meisten Fällen (26 = 54,2 %) keine genauen Angaben zur Häufigkeit gemacht werden. In den Interviews wurde dafür häufig die Abhängigkeit von der jeweiligen Haushaltslage angegeben, so dass nicht sicher bzw. verbindlich davon ausgegangen werden darf, dass finanzielle Mittel für Supervision vorhanden seien. Aus den Interviews ergibt sich, dass die oftmals fehlenden Fall-Supervisionen bei den sich in Ausbildung befindenden Psychologen dadurch substituiert wird: *Und ähm zwei Kollegen sind noch in der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten, die haben sowieso dann auch Fall-Supervision. /I: Mhm/ Ich bin in der Ausbildung zur Trauma-Therapeutin und habe halt dann das Glück auch dann Supervision zu bekommen für einzelne Fälle {lacht}. So das ist ganz gut. /I: Mhm/ Ähm was allerdings nicht von der Anstalt bezahlt wird.*

Zu einem geordneten Organisationsablauf gehört auch die Institutionalisierung des geregelten kollegialen Austauschs in Form von **Konferenzen** wie beispielsweise eine tägliche Einsatz- bzw. Dienstbesprechung, eine wöchentliche Allgemeinkonferenz sowie regelmäßige Behandlungskonferenzen zu jedem Insassen. Am häufigsten wird die Durchführung einer regelmäßigen Behandlungskonferenz erwähnt (70,7 %); eine wöchentliche Allgemeinkonferenz haben ca. 60,3 % der Einrichtungen und weniger als die Hälfte (46,6 %) führt täglich eine Dienstbesprechung durch. Da die wenigsten der Einrichtungen explizit einen dieser Punkte verneinen (max. 3,4 %), ist davon auszugehen, dass bei den anderen Sozialtherapien diese Abläufe gleichfalls, wenn auch in anderen zeitlichen Abständen geregelt sind (vgl. *Tabelle 21*).

Tab. 21: Übersicht über die Konferenzen auf der Grundlage der Konzepte 2011

	k. A.		nein		ja		Summe	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Tägliche Dienstbesprechung	29	50	2	3,4	27	46,6	58	100
Wöchentliche Allgemeinkonferenz	21	36,2	2	3,4	35	60,3	58	100
Regelmäßige Behandlungskonferenz pro Insasse	17	29,3	-	-	41	70,7	58	100

Im Zuge der Interviews wurde versucht zu eruieren, inwiefern die verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeiten. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass dies in den Interviews bzw. bei den Besuchen nicht explizit erfragt wurde, so dass in der Praxis ggf. mehr Professionen als untenstehend aufgeführt teilnehmen. Die nachfolgende *Tabelle 22* gibt einen Überblick über die personellen Zuständigkeiten für zentrale Aufgabenbereiche innerhalb der besuchten Einrichtungen. Innerhalb der Zellen ist die Sortierung dementsprechend gewählt, dass diejenige Einrichtung, in der die meisten Fachdisziplinen an der jeweiligen Aufgabe zusammen beteiligt sind, oben steht. Aus der gewählten Sortierung lassen sich Rückschlüsse auf das unterschiedliche Maß an interdisziplinärer Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtungen ziehen.

Tab. 22: Aufgabenbereiche der Berufsgruppen (Sortierung nach größtmöglicher Beteiligung)

Aufgaben	Psychologen	Sozialdienst	AVD	Externe	Jurist
SothA-Leitung	Fuhlsbüttel Tegel B-Frauen B-JSA Bochum Euskirchen Gelsenkirchen Hannover	Hahnöfersand			Fuhlsbüttel Tegel
Standardisierte Behandlungsgruppen	B-JSA Gelsenkirchen Hahnöfersand Hannover Bochum Fuhlsbüttel Euskirchen Tegel B-Frauen	B-JSA Gelsenkirchen Hahnöfersand Hannover Bochum	B-JSA Gelsenkirchen Hahnöfersand Hannover	Fuhlsbüttel	
Freizeit-/Trainingsgruppen		B-Frauen B-JSA Euskirchen	B-Frauen B-JSA Hahnöfersand Bochum Gelsenkirchen Fuhlsbüttel Hannover Tegel	Hahnöfersand	
Aufgaben	Psychologen	Sozialdienst	AVD	Externe	Jurist
Vollzugsplankonferenz/ Fallkonferenz	B-JSA Bochum Euskirchen Fuhlsbüttel Gelsenkirchen Hannover Tegel B-Frauen Hahnöfersand	B-JSA Bochum Euskirchen Fuhlsbüttel Gelsenkirchen Hannover Tegel Hahnöfersand	Bochum Euskirchen Fuhlsbüttel Gelsenkirchen Hannover Tegel B-Frauen	B-JSA	
(Wohn-) Gruppenleitung	Bochum Fuhlsbüttel Tegel B-Frauen	Bochum B-JSA Hannover Euskirchen Gelsenkirchen Hahnöfersand	Bochum Fuhlsbüttel B-JSA Hannover Tegel	Fuhlsbüttel	

Wohngruppensitzungen	B-JSA Bochum Euskirchen Fuhlsbüttel B-Frauen Hannover Tegel	B-JSA Bochum Euskirchen Hahnöfersand Gelsenkirchen	B-JSA Bochum Euskirchen Fuhlsbüttel B-Frauen Hahnöfersand		
Einzelbehandlung	Hahnöfersand (n. B.) Gelsenkirchen B-Frauen B-JSA Bochum Euskirchen Fuhlsbüttel Hannover Tegel	Hahnöfersand Gelsenkirchen			

So obliegt die Leitung einer sozialtherapeutischen Einrichtung in aller Regel einem Psychologen; insofern stellt die SothA Hahnöfersand eine Ausnahme dar. Besonderheiten stellen die beiden großen Anstalten (mit jeweils über 160 sozialtherapeutischen Plätzen) in den Stadtstaaten dar: Hamburg-Fuhlsbüttel und Berlin-Tegel zeichnen sich durch eine „Doppelspitze“ aus; dort führen Juristen und Psychologen zusammen.

Bei den (standardisierten) Behandlungsgruppen sind in vier (Berlin-JSA, HH-Hahnöfersand, Gelsenkirchen, Hannover) der neun untersuchten SothA alle drei Berufsgruppen, d. h. AVD, Sozialdienst und Psychologen, eingebunden. Vergleichbar große interdisziplinäre Schnittmengen gibt es bei den Wohngruppensitzungen.

Für die Durchführung von Freizeit- und Trainingsgruppen ist der AVD zuständig, der teilweise vom Sozialdienst (B-Frauen, B-JSA) oder Ehrenamtlichen (Hahnöfersand) dabei unterstützt wird. Allein in Euskirchen scheint dies ausschließlich Aufgabe des Sozialdienstes zu sein.

Bei der Leitung von (Wohn-)Gruppen als nicht trennscharfe Variable zeigt sich, dass in etwa der Hälfte der untersuchten Einrichtungen mehrere Berufsgruppen beteiligt sind. Diese Aufgabe fällt bei alleiniger Durchführung ausschließlich dem Sozialdienst zu (mit Ausnahme von B-Frauen, die jedoch zum Erhebungszeitpunkt keinen originären Sozialdienst hatten).

An Wohngruppensitzungen sind in drei der besuchten Einrichtungen sowohl Psychologen und Sozialdienst als auch Personal des Allgemeinen Vollzugsdienstes beteiligt, in drei weiteren zumindest zwei Berufsgruppen und in den

verbleibenden zwei werden die Wohngruppensitzungen entweder vom Psychologen oder vom Sozialdienst durchgeführt. In der Regel finden Wohngruppensitzungen einmal wöchentlich in einem Umfang von 60 bis 90 Minuten statt.

Einzelbehandlung wird erwartungsgemäß in fast allen Fällen ausschließlich von Psychologen durchgeführt. Einzig in Hahnöfersand hilft der Psychologe lediglich bei Bedarf dem Sozialdienst aus. In Gelsenkirchen scheinen sich Psychologen und Sozialarbeiter diese Aufgabe zu teilen.

E.3.2 Therapeutisches Klima

Ein entscheidender Wirkfaktor sind neben dem allgemeinen und kriminalpolitischen Klima, den bereits erwähnten Mindestanforderungen und dem Grad ihrer Realisierung, der Einbindung der SothA in die Gesamtanstalt (vgl. E.2) sowie den spezifischen Behandlungsprogrammen (vgl. D.4) auch die Mitarbeiter der Sozialtherapie als Team mit ihren ggf. unterschiedlichen Ansichten und Einstellungen. *Und dass sich also meine Haltung zum Team ist immer, jeder ist anders, wir sind eine Mischung aus extrem unterschiedlichen Persönlichkeiten, auch Menschen mit sehr unterschiedlichen Lebenserfahrungen ehm, das ist für ein Team wunderbar, weil wir eigentlich davon ausgehen können, egal welche Problematik wir zu besprechen haben, es gibt immer irgendwie so viele Blickrichtungen auf die Problemlage und immer einen Spezialisten, besser kann's uns gar nicht gehen. Wenn es uns aber schlecht miteinander geht, weil wir irgendwie zerstritten sind, dann wird das anders sein, [...] die Leiteraufgabe ist, an den Stellen der Teambildung besonders wichtig. Mit der Kollegin würde es jetzt, wenn's gut geht, ja so sein, dass man sagen kann, sie hat starke Seiten, die zeigen sich in den und den Arbeitszusammenhängen, aber sie zeigen sich gerade im Moment nicht beim Umgang mit Frauen, die ihre Kinder töten. Ja, ich hoffe, dass ich das dann hinkriege.*

Die Beteiligung der Mitarbeiter an sie zumindest tangierenden Entscheidungen scheint selbst in Sozialtherapien verbesserungsfähig zu sein. Folgendes Zitat unterstreicht nochmals die Bedeutung, wie wichtig eine entsprechende Mitarbeiterführung und -partizipation – auch im Hinblick auf die eigene Arbeitszufriedenheit – ist: *ich plaudere jetzt mal ein bisschen aus dem Nähkästchen. Für mich gehört zur Sozialtherapie auch dazu die Art, wie unter den Kollegen oder wie mit den Mitarbeitern umgegangen wird. Ich weiß, in [Name der JVA], wenn dort eine Psychologen-Stelle frei wurde oder sonst eine Mitarbeiterstelle, (.) dann ähm war das ja im Team bekannt und dann hat der Anstaltsleiter eben Leute eingeladen und dann wurde mit mehreren Mitarbeitern mit der Bewerberin, dem Bewerber gesprochen. /I: Mhm/ Ne? Bei uns*

war das jetzt so-, eineinhalb Jahre war jetzt eine Stelle vakant, weil eine Psychologin dauererkrankt ist. (.) Ähm und eines Tages heißt es: "Ja, da kommt dann und dann-, kommt eine neue Psychologin." (.) [...] Aber davor-, (.) vor dem Auswahl-, bei dem Auswahlverfahren, keiner hat uns mal gefragt: "Wen möchten wir uns gerne-, wen stellen wir uns vor?" /I: Mhm/ (.) Frau, ob Mann, ob äh welche Richtung-, ob tiefenpsychologisch-, wa-. Da hat niemand uns gefragt. Es ist auch niemals gefragt: "Wo soll der eingesetzt werden?" Ne? Eigentlich ist auf A3 nur eine Psychologin, da müsste noch eine zweite hin. /I: Mhm/ Aber wir wurden nie gefragt. [...] Da würde ich von einer Sozialtherapie ein anderes Klima erwarten, ein anderen Umgang /I: Mhm/ und das läuft hier leider nicht. (.)

Der Umgang untereinander wiederum hat Einfluss auf den Umgang mit den Gefangenen. Für die Etablierung einer therapeutischen Gemeinschaft im Sinne einer integrativen Sozialtherapie (vgl. B) ist es unerlässlich, dass alle an einem Strang ziehen: *auf dieser Station sind wir da sehr ähm (..) äh, (4.) arbeiten da sehr einander zu, sag ich mal, also vom Verhältnis untereinander. Also es ist nicht so, (..) dass, sage ich mal, der Vollzugsdienst hier äh so die Tür auf und zu macht oder so* /I: Mhm/ Die doofen Arbeiten macht. (.) Weil mir ist es ja auch wichtig. Die Leute müssen ja auch auf die Idee kommen, die Gefangenen anzusprechen, wenn ich nicht da bin. /I: Mhm/ Ja? Natürlich machen sie das, wenn ich da bin, weil ich auch ihr Vorgesetzter bin und ihre Beurteilung schreibe, aber das Klima muss ja die ganze Zeit stimmen, nicht nur wenn die Chefs da sind und deswegen ähm. Die müssen auch eine eigene Idee haben und [die eigenen Tricks] drauf haben und dazu müssen sie aber auch wissen, dass ihnen der Rücken freigehalten wird und ich meine, es geht natürlich nicht, wenn Beamte oder irgendwie einen Gefangenen anspricht, der [irgendwann] beschwert sich dann bei seinem Therapeuten. Der Therapeut schimpft dann mit dem Beamten. /I: Mhm/ Ne? Das ist dann kompliziert, ne?

Erst mit einem wirklich stimmigen Team ist die Sozialtherapie in der Lage, auch bei schwierigerem Klientel etwas zu bewirken: Äh, aber zwei ganz besondere spezielle Leute, wo ich wirklich gesagt habe: "Wenn wir die aufnehmen-, Himmel, Himmel, Himmel. Das-, was-, was wird das geben." Ähm, aber zeigt eben ganz deutlich, dass Klima (.) therapeutische Einbindung und auch Achtsamkeit in jeder Beziehung dann auch wirken. Und das ist etwas, was Freude macht. Also das muss ich wirklich sagen. Wo man dann sagt: "Ja, (.) geht auch." Ja. /I: Mhm/ Finde ich toll und dann macht das auch Spaß zu arbeiten. Also ich meine, gut die Erfolge sind jetzt nicht so, dass man drei Meter hoch hüpfen kann, aber ich glaube, wer hier arbeitet, hat auch eine hohe Frustrationstoleranz. {I lacht} Die muss er auch einfach mitbringen. (.) [...] das Wichtige ist, jeder muss auch in die eigene Verantwortlichkeit kommen,

sich ein eigenes Bild herstellen zu können. Und das ist der Vorteil einer nicht hierarchischen Struktur. Wenn ich eine hierarchische Struktur habe, kann ich schnell sagen, ja ok, der Sozialarbeiter oder Psychologe oder wer auch immer oder Abteilungsleiter hat das ja gesagt, dann ist das so. Dann brauche ich auch kein eigenes Bild mehr zu machen.

F1: Die Hierarchie kommt ja rein, dann in der Behandlungskonferenz dann dadurch, dass jemand die Konferenz leitet und dann natürlich der Anstaltsleiter, der ist in der Regel der Anstaltsleiter, dann natürlich schon ja oder nein sagt. Bei Lockerungen zum Beispiel oder wenn natürlich haben wir eine hierarchische Struktur. Aber auf der Abteilungsebene ist das eine Teamarbeit wo man versucht einen Konsens zu finden. Natürlich ist das so, wenn es um Lockerungen geht, dass die Aussagen vom Psychologen, ob jemand lockerungsgerecht ist, vielleicht die stärkste Kraft hat. Weil ehm ganz klar. Aber wichtig ist eben, dass das sehr konsensbezogen und sehr integrativ zugeht und dass das im Grunde genommen auch ganz erstaunlicherweise ganz gut funktioniert.

Bis ein leistungsfähiges Team aufgebaut ist, bedarf es einiger Zeit. Teambildung, die alle Ebenen umfasst, setzt neben der zeitlichen auch eine personelle Kontinuität voraus; insofern sollte das Personal der Sozialtherapie möglichst fest zugeordnet werden – und das nicht nur im Sinne eines Aufbaus einer therapeutischen Beziehung zum Gefangenen. Mit (formalen) Beteiligungen (vgl. E.3.1) ist daher noch nichts über das **therapeutische Klima** gesagt: Ich mach mir auch Gedanken, weil diese Klimafaktoren ja so wichtig sind, gerade im therapeutischen Bereich. Wie das in der SothA funktioniert, das weiß ich eben überhaupt gar nicht. Ich höre immer mal wieder was, sozusagen wenn es Schwierigkeiten gibt und ehm aber ich kann das therapeutische Klima, also ich weiß schon, dass die sich sehr viel Mühe geben und anstrengen und viel dafür tun und regelmäßig Sitzungen haben und der AVD auch teilweise oder bei einer Gruppe zumindest mit eingebunden ist, das die teilweise die Fortbildung mitgemacht haben, aber ich hab noch keinen Draht sozusagen, wie konsistent das jetzt alles ist, wie das da funktioniert [...] Ich glaube schon, dass es Häuser gab, wo wir das Klima schon sehr gefürchtet haben, wo auch interveniert werden musste, da musste auch schon mal der Anstaltsleiter kommen. I: Interveniert heißt dann, der AVD versetzt oder wie?/ Ja, umsetzen, ja auch auf Gruppenleitersebene, da gibt es ja auch Zwistigkeiten, Spannungen und Auseinandersetzungen.

Im Idealfall ist der AVD so in die Behandlung integriert, wie es diese Interviewte explizit als positive Besonderheit der SothA-Arbeit hervorhebt: was mir hier sehr gut gefällt, ist das Miteinander und der Austausch zu den Fachdiensten, dass man sich selbst einbringen kann, dass man selbst tätig werden kann. Man kann sich engagieren. Man kann Gruppen anbieten. Man kann mit

den Fachdiensten zusammen arbeiten und das ist einfach enger. Es ist ein Miteinander und äh nicht so "jede Berufsgruppe innerhalb der JVA für sich" und das ähm (...) ist das Schöne.

Allerdings scheint es auch SothA-Einrichtungen zu geben, in denen es bisher noch nicht gelungen ist, dass sich die Motivation dieser Gruppe [AVD] mal vereinheitlicht oder die untereinander mehr in Kontakt treten. Das ist aber sehr schwer. Das mag auch ein Nachteil sein, weil wir eben an ganz [Gesamtanstalt] angebunden sind und die auch immer von ganz [Gesamtanstalt] nicht als die therapeutischen Weicheier zum Beispiel-, ja so Begriffe gibt es da. [bezeichnet werden wollen]. Das wollen die nicht. Die wollen genau so hart sein, genau so anerkannt sein, genauso auf Sicherheit und Ordnung ähm ansprechbar sein, wie die Kollegen in [Gesamtanstalt] Das ist zum Beispiel auch wahrscheinlich ein Nachteil, der nicht so entstände, wenn wir eine einzelne Anstalt wären. Das kenne ich aus anderen Anstalten, dass der AVD anders aufgestellt ist. Dass die anders identifiziert sind. Dass die Kontakte zu den Therapeuten auch nicht so künstlich sind, sondern man lebt zusammen, man hat die Gruppen zusammen. Das ist vielleicht idealisiert jetzt aus meiner Sicht, aber ähm, es wäre schön das hier zu realisieren. /I: Mhm/ (...) vermutlich ist die Gruppe aber zu groß. [...] Hier ist die Lagerbildung gleich, ne? Man findet für jede Außenseitermeinung Verbündete.

Also das sind ja, es gibt ja schon viele Menschen, die hier auch arbeiten, die nicht so eine gute Einstellung zu den Insassen haben. Das muss man leider sagen. Wir haben hier natürlich Glück, und wir haben auch ausgewählte Mitarbeiter, aber es ist schon ehm, es gibt ja eine hohe Rückfallquote im Jugendvollzug und viele Mitarbeiter hier, die sehen manchen Insassen schon zum dritten Mal und ehm da ist einfach die Meinung oft da, da ist doch sowieso nichts zu machen auch wir, wir werden oft so dargestellt, die Psychologen, ach na ja, Psychologen, die glauben immer an das Gute im Menschen und die ehm die geben ja nicht auf, aber in Wirklichkeit und die geben ja nicht auf aber in Wirklichkeit – ich überspitz jetzt wieder so ein bisschen – die werden hier verarscht und und und probieren und machen, das hat doch alles gar keinen Sinn. Und ehm ja und da ist da wird einfach sehr schnell der Ruf laut, was sollen wir uns denn hier mit dem rumärgern und abmühen ehm dann sollten wir uns doch besser um solche kümmern, die wirklich was wollen und die anderen, die schicken wir halt weg. „Nicht die Konzepte an sich entfalten Wirkung, sondern die Menschen, die sie mit menschenfreundlicher Einstellung und professioneller Haltung kommunizieren [...] Das Humane ist die Basis. Wird das vergessen oder nur in Teilen eingelöst, dann ist z. B. das Gruppenmanual für die Sexualstraftäterbehandlung nichts weiter als eine blinde Technologie.“ (Rehn 2002: 33) So könnten eben auch die Unterschiede in der

Wirksamkeit von einzelnen Programmen erklärt werden: „Psychometric change was, again except for empathy, consistently correlated to ratings of prison climate, with prosocial changes relating to more positive climate ratings. [...] we found that treatment gains were substantially related to a more favorable rating of prison climate. This supports the notion that effective treatment can only take place in a safe and supportive environment.” (Wößner & Schwedler 2014) So lagen die Gründe (aus Gefangenensicht) für eine schlechtere Bewertung des SothA-Klimas im Laufe der Zeit (zwischen Behandlungsbeginn t1 und erneutem Befragungszeitpunkt t2 lagen ca. 3 Jahre) weniger in negativen Behandlungserfahrungen als in Erlebnissen des Alltags, in dem „Dinge, die in der Therapie erlernt werden, nicht in der Einrichtung vorgelebt würden, z. B. ein freundlicher Umgang untereinander oder [...] auch transparente Entscheidungen, Regeln und Abläufe.“ (Seifert & Tyrolf 2010: 28)⁴⁷

Supervisionen können auch dazu dienen, die **Kohärenz im Team** über alle Berufsgruppen hinweg wieder herzustellen, denn „[d]as Basispersonal, der allgemeine Vollzugsdienst, spielt bei der Entwicklung des therapeutischen Milieus eine herausragende Rolle. Sie können im positiven Sinne dafür sorgen, dass sich kognitive Prozesse, die in der Einzel- oder Gruppentherapie angestoßen werden, im Alltag fortsetzen. Sie können im negativen Sinne dazu beitragen, dass sich veränderte Einstellungen als praxisuntauglich erweisen oder Spaltungen des Personals fördern. Die Rollenkonflikte, die das Basispersonal – insbesondere wenn sie in einer therapeutischen Abteilung des Normalvollzuges eingesetzt sind und den Kontakt zu ihren Kollegen außerhalb des ‚Sonderbereichs‘ erhalten wollen – erfordern zur Auflösung ständige Unterstützung. Themen, die bei internen Fortbildungen und in der Supervision immer wieder angesprochen werden müssen, sind z. B. die Unterscheidung zwischen Tat und Täter oder praktische Lösungen für Konflikte zwischen therapeutischer Grundhaltung einerseits und Struktur, Konsequenz und Kontrollen andererseits.“ (Wischka 2014: 16) *Wir haben gute Therapeuten im Haus, muss man echt sagen. Sich engagieren, bilden sich auf eigene Kosten fort. Wenn ich dann Geld dabei besteuern kann, was ich ja mal, Gott sei Dank, im Dezember konnte (.) zum Fortbilden ähm. Ja, das sind engagierte Leute und ich würde denen ein besseres Klima wünschen mit ihren AVDlern zusammen, wirklich.* „Fehlender Austausch, unbearbeitete Konflikte, fehlender Respekt im Team führen auf Gefangenseite sofort zu erfolgreicher Spaltung und mangelnden therapeutischen Fortschritten und erzeugen ein erhebliches Si-

⁴⁷ Vgl. dazu auch den Appell von Peter Fistera (2014) im Rahmen der 14. überregionalen Fachtagung Sozialtherapeutischer Einrichtungen im Justizvollzug am 16. Oktober 2013 sowie van den Boogart 2014. Zu den Hintergründen der Entwicklung der SothA Halle vgl. auch Alex 2010.

cherheitsrisiko.“ (Lindemann 2012: 594) *Dass manchmal so ein Gegenwind, wo man sich manchmal dann so denkt, ehm, worum geht es eigentlich. Geht es darum, unanstrengende Klienten zu haben {lacht} dann sind wir hier falsch. Also, damit finde ich muss man einfach rechnen. Ich bin ja auch viel jünger hier, als die meisten Kolleginnen hier, und bin da auch manchmal noch ein bisschen euphorischer, aber das ist schon auch im Team kompliziert. Kann auch manchmal vorwurfsvoll werden, wenn man andere Entscheidungen trifft und ich denke mal, wir sind so bemüht darum, dass wir die gemeinsam treffen, das ist eigentlich auch was, was es in anderen Bereichen so gar nicht gibt.*

Evaluation zur Selbstkontrolle und im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsarbeit sollte ein fester Bestandteil der Aufgaben der Sozialtherapeutischen Abteilungen und Einrichtungen sein. Für die SothA-Mitarbeiter ist der Aufwand für diese zusätzliche Arbeit möglichst gering zu halten; in einigen Bundesländern kann für Evaluationen auf Daten der Basisdokumentation zurückgegriffen werden (NI, für BY vgl. Endres & Bieneck 2011). In der Praxis wurden Evaluationen überwiegend von den SothA-Mitarbeitern im Sinne einer Rückmeldung über die eigene Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit begrüßt.

Insgesamt gaben 31 Einrichtungen in ihren Konzepten an (53,4 %), Evaluationen durchzuführen, eine weitere habe dies in Planung. Der überwiegende Teil der Einrichtungen mit Evaluationen führten sowohl interne als auch externe Maßnahmen durch (13 = 41,9 %). Elf Einrichtungen (35,5 %) wurden ausschließlich extern evaluiert und sechs Einrichtungen (19,4 %) führten lediglich interne Evaluationen durch.

F. Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug

F.1 Deutscher Forschungsstand

Ein Ziel des Forschungsvorhabens war die systematische Erfassung der in den Bundesländern laufenden Evaluationsprojekte zur sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug. Sowohl im Rahmen der Stichtagserhebung 2011 als auch der Stichtagserhebung 2014 wurden alle Einrichtungen gebeten, ihre sämtlichen empirischen Forschungsarbeiten innerhalb der letzten 5 Jahre anzugeben. Es wurde dabei bewusst offen nach empirischen Erhebungen gefragt, um sicherzustellen, dass auch wirklich alle Datenerhebungen von den Bearbeitern genannt werden – somit fand auch eine Ausweitung auf „graue“ Literatur wie z. B. unveröffentlichte akademische Abschlussarbeiten statt. Insgesamt lässt sich feststellen, dass in neun von 16 Bundesländern (56 %), d. h. in 16 von 61 sozialtherapeutischen Einrichtungen (26 %) empirische Projekte im Bereich der Sozialtherapie in den letzten 5 Jahren (2006 bis 2011) durchgeführt worden sind bzw. werden. Eine detaillierte Übersicht über die einzelnen Projekte sowie deren Untersuchungsdesign findet sich – sofern die Angaben beschafft werden konnten⁴⁸ – im Anhang (vgl. H.4).

Nach dem bisherigen Kenntnisstand wird der überwiegende Teil der (Evaluations-)Studien von Justizinternen bzw. im Auftrag der jeweiligen Landesjustizbehörden durchgeführt. *Tabelle 23* zeigt die genannten Projekte von Justizinternen. Nach telefonischen Kontaktaufnahmen ist bei den Projektleitern aus dem Justizvollzug oft zu hören, dass es „nichts ist, was wir veröffentlichen wollen“ – in Kombination mit dem Hinweis auf die geringe Aussagekraft der Daten infolge interner Schwierigkeiten. Wird nach dem weiteren Verlauf und derzeitigem Stand von aus dem Vorgängerprojekt bekannten Studien gefragt, wird beispielsweise auf zeitliche Verzögerungen bei den BZR-Auszügen oder

48 Bezüglich der (Evaluations-)Projekte in der Sozialtherapie stellte sich grundsätzlich das Problem, an valide Informationen über Konzeption, Stand und Ergebnisse der Forschungsvorhaben zu gelangen. Verständlicherweise geben die Projektleiter nur ungern nicht veröffentlichte Berichte oder ähnliches heraus. Die Kontaktaufnahme zu den Kriminologischen Diensten der Länder (BW, BY, NI, NW) hat ergeben, dass sich deren Evaluationen erst im Aufbau befinden bzw. deren Ergebnisse grundsätzlich nicht öffentlich gemacht werden (können); es sei denn im Rahmen von Publikationen. Im Sinne der Förderung eines länderübergreifenden Erfahrungsaustauschs wäre es wünschenswert, auch diese Angaben systematisch aufbereiten zu können. Im Rahmen eines Expertentreffens wurden Anfang Juli 2014 in Wiesbaden erste Überlegungen in diese Richtung angestellt, denn trotz des zumindest temporären wissenschaftlichen Austauschs besteht der Wunsch nach übergreifender Diskussion der Herausforderungen und Ergebnisse bei der Sozialtherapieforschung.

auch auf politische Richtungsänderungen als Grund für die zwar nicht offizielle, aber doch faktische Einstellung verwiesen.

Durch die halbjährlichen Treffen der Kriminologischen Dienste dürfte im Kreise der Justizinternen auch wissenschaftlicher Austausch über die einzelnen Projekte bestehen. Insgesamt ergibt sich der Eindruck, dass die durchgeführten Projekte aus diversen Gründen nicht der Allgemeinheit zugänglich gemacht werden sollen. So seien beispielsweise die deskriptiven und wegen der sehr spezifischen Fragestellung nicht veröffentlichten Ergebnisse in die Weiterentwicklung des Behandlungskonzepts der Einrichtung eingeflossen.

Tab. 23: Projekte Justizinterner

Wer bzw. wo?	Projekt
KrimD BW	Stichtagserhebung zur Behandlung von Sexualstraf Tätern im Strafvollzug von Baden-Württemberg
KrimD BY	Prospektive Rückfallstudie über aus dem bayerischen Strafvollzug entlassene Sexualstraf Täter
Bayreuth (BY)	explorative Evaluation des R & R als Vorstudie zur Qualitätssicherung und Reflektion der eigenen Arbeit
Brandenburg (BB)	Evaluation der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Brandenburg
KrimD HE	Effizienz der Straftäterbehandlung in der Sozialtherapeutischen Anstalt Kassel (interner Bericht liegt vor)
KrimD MV	Evaluation der sozialtherapeutischen Abteilung Neustrelitz
Waldeck (MV)	Merkmale der Klienten der sozialtherapeutischen Einrichtung Waldeck (durch KrimD NI)
KrimD NI	Evaluation der Sozialtherapie in Niedersachsen (außer JVA für Frauen in Vechta)
KrimD NRW	Behandlung von Sexualstraf Tätern im Strafvollzug NRW
Ichtershausen (TH)	Evaluation des Anti-Aggressivitäts-Trainings

Tabelle 24 zeigt die von den sozialtherapeutischen Einrichtungen im Vergleich zur Vorgängeruntersuchung (Spöhr 2009) gemeldeten Projekte Externer. Dabei handelt es sich überwiegend um Qualifikationsarbeiten bzw. durch Landesjustizverwaltungen beauftragte (und finanzierte) Projekte. Wegen dieser weitgehenden Einzeltätigkeiten ist auch eine Abstimmung und Koordination der einzelnen Evaluationsprojekte nicht vonnöten – die jeweiligen Forscher, die Projekte über einen längeren Zeitraum betreuen, stehen bereits in Austausch miteinander. Die Auswertung der Ergebnisse dieser Projekte „hinsichtlich der wesentlichen Rahmenbedingungen“ kann sich daher wahrscheinlich nur auf öffentlich zugängliche Informationen stützen bzw. sich aus-

schließlich auf die Darstellung der jeweiligen Konzeption oder des Untersuchungsdesign beziehen (vgl. H.4).

Tab. 24: Projekte Justizexterner

Untersuchte JVA (Land)	Projekt
Bayreuth (BY)	Döhla, Christina (2010): Psychotherapiemotivation in der Sexualstraftäterbehandlung. Evaluation eines motivationssteigernden Gruppentherapieprogramms im Rahmen der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA St. Georgen-Bayreuth. (Diplomarbeit)
Erlangen (BY)	Schwedler, Andreas (2009): Wie wirkt Straftäterbehandlung? Therapienahne Veränderungsmaße und Rückfall nach Sozialtherapie (Diplomarbeit)
Landsberg (BY)	Manzinger, Katharina (2010): Einstellungsänderung (deliktspezifisch) bei Sexualstraftätern durch psychotherapeutische Behandlungskonzepte in Sozialtherapeutischen Abteilungen. LMU München, Fakultät für Psychologie und Pädagogik (Dissertation)
Neuburg-Herrenwörth (BY)	Klein, Rebekka / Schmucker, Martin / Lösel, Friederich (2014): Evaluation der sozialtherapeutischen Abteilungen der JVA Neuburg-Herrenwörth
Würzburg (BY)	Buchholz, Michael B. / Lamott, Franziska / Mörtl, Kathrin (2008): Tat-Sachen: Narrative von Sexualstraftätern. Gießen: Psychosozial Verlag.
Berlin	Dahle, Klaus-Peter: Evaluation aller sozialtherapeutischer Abteilungen des Landes Berlin (Beginn voraussichtlich im Herbst 2014)
Hamburg (HH)	Rettenberger, Martin bzw. Yoon, Dahlnym (laufend): Evaluation des Behandlungskonzepts der Sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg (08/2010 – unbestimmt)
Kassel (HE)	Bereswill, Mechthild: Katamnestiche Verläufe der sozialtherapeutischen Behandlung (Pilotstudie aus Mitteln des Lehrstuhls)
Rockenberg (HE)	Budde, Sandra (laufend): Die Schreibwerkstatt (zur Verbesserung der Ausdrucks- und Reflexionsfähigkeit der jugendlichen Gefangenen → erfolgreicheres Coping traumatischer Erfahrungen)
Alfeld = Vechta (Frauen) (NI)	Höynck, Theresia (2014): Monsterrmütter, Horrorväter, schwierige Jungen? Geschlechtsrollenstereotype bei Tötungsdelikten an Kindern. In: Baier, Dirk / Mößle, Thomas (Hrsg.): Kriminologie ist Gesellschaftswissenschaft. Festschrift zum 70. Geburtstag von Christian Pfeiffer. Baden-Baden: Nomos, S. 291-312.
Lübeck (SH)	Wesendahl, Frederike (2011): Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen bei Sexualstraftätern in sozialtherapeutischer Behandlung (Diplomarbeit) → Aufsatz von Prof. Bosinski geplant für 2013
Lübeck (SH)	Broschke, Charlotte (2012): Prädiktoren zur Vorhersage des Rückverleugungsrisikos in der Sozialtherapie. (Bachelorarbeit)

Auf die zwei bereits bekannten Studien, die auf längere Zeit angelegten Evaluations-Projekte in Sachsen (durchgeführt im Auftrag des Sächsischen Justizministeriums vom Max-Planck-Institut für Strafrecht in Freiburg) und Sachsen-Anhalt (DFG-Projekt an der Universität Halle) soll im Folgenden näher eingegangen werden. Während das DFG-Projekt sich bei seiner Vollerhebung auf die einzige Anstalt Sachsen-Anhalts, nämlich die 2001 eingerichtete (und 2014 nach Burg umgezogene) SothA Halle beschränken muss, bezieht das MPI-Projekt alle sächsischen SothA ein, also sowohl die sozialtherapeutischen Einrichtungen für Erwachsene in Bautzen und Waldheim als auch die Abteilung für Jugendliche⁴⁹ in Regis-Breitungen (bzw. vormals Zeithain).

Die Untersuchungen versuchen über ein quasi-experimentelles (Kontrollgruppen-)Design⁵⁰ zu klären, in welchem Maß durch eine sozialtherapeutische Behandlung von (Sexual-)Straftätern das Rückfallrisiko gesenkt werden kann. Der Behandlungserfolg an sich wird dabei nicht in Frage gestellt, der Fokus zielt vielmehr darauf, mit welcher Behandlung bei welchen Tätern und unter welchen Bedingungen bestimmte Wirkungen erzielt werden können. Neben einem Vergleich von SothA- und Nicht-SothA-Probanden wird der Frage nachgegangen, inwieweit therapeutisch induzierte Veränderungen in den dynamischen Kriminalitätsfaktoren mit der Legalbewährung der Probanden zusammenhängen.

49 Im Folgenden werden Jugendliche nicht gesondert betrachtet. Vgl. dazu aber die Projektveröffentlichungen Wößner et al. 2013, Wienhausen-Knezevic & Wößner 2013, Wößner & Wienhausen-Knezevic 2012, 2013 sowie insgesamt zur Situation im Jugendvollzug vgl. auch Suhling 2008 sowie Suhling & Keßler 2014.

50 Bei Quasi-Experimenten bestimmen bereits vorhandene Eigenschaften der Versuchspersonen, ob sie zur Experimental- oder Kontrollgruppe gezählt werden. Aus rechtlichen und ethischen Gründen ist es vor allem im Strafvollzug schwierig, echte experimentelle Designs (sog. RCTs) durchzuführen, bei denen die Zuweisung der Probanden zu Experimental- oder Kontrollgruppe randomisiert, d. h. rein zufällig geschieht (vgl. dazu auch F.3).

Abb. 14: Untersuchungsdesign der Evaluation der SothA Halle

Zeitpunkt t1	Zeitpunkt t2	Zeitpunkt t3
Beginn der Sozialtherapie	Ende der Sozialtherapie	zwei Jahre nach Haftentlassung
Psychologische Testdiagnostik zu allen Zeitpunkten Selbstbeurteilung (durch den Gefangenen): - Beck-Depressions-Inventar (BDI) - Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF) - Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) - 16 Persönlichkeits-Faktoren Test Revidierte Fassung (16 PF-R): Selbstbehauptung (Skala E), Unkonventionalität (Skala M) und Überlegtheit (Skala N) - Gießen-Test (GT) - Münchner Alkoholismus-Test (MALT) (Teilstichprobe) - State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STA(X)I) - Fragebogen zur Messung von Empathie bei Sexualstraftätern (FEES): opferspezifische Empathiefähigkeit - Gerechte-Welt-Glaube-Skala (GWG) - Interpersonal Reactivity Index (IRI): Empathiefähigkeit - Rosenberg-Skala (self-efficacy) - Fragebogen zur Messung kognitiver Verzerrungen nach Bumby - Soziale-Erwünschtheits-Skala-17 (SES-17) Fremdbeurteilung (des Gefangenen durch Einschätzung des Fachpersonals): - Hare-Psychopathie-Checkliste (PCL-R) - Vorhersage sexueller Gewalttaten (SVR- 20) - Vorhersage von Gewalttaten (HCR-20) - Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern (RRS)		
Kriminologische Interviews zu allen Zeitpunkten		
Biografischer Aufnahmebogen Aktenanalyse: Sozialisationsdaten, Daten zur Vordelinquenz, familiären Lebenssituation, sexuellen Entwicklung, Sucht und Suizidalität sowie Daten zum Bezugsdelikt	Daten zum spezifischen Therapieverlauf aus dem internen Qualitätsmanagements der SothA • Art, Umfang, Zeitraum • Erfolgsbeurteilungsbögen der Therapeuten: welche Maßnahme wurde in welchem Umfang mit welchem Erfolg vom Probanden absolviert • Aufenthaltsdauer, Verlegungen innerhalb der Einrichtung und Vollzugslockerungen	Auskünfte aus dem Bundeszentralregister (BZR)

Abb. 15: Untersuchungsdesign der Evaluation der sächsischen Sozialtherapie

Zeitpunkt t1	Zeitpunkt t2	Zeitpunkt t3	Zeitpunkt t4
Beginn der Sozialtherapie bzw. 1. Drittel der Haftphase	Ende der Sozialtherapie bzw. kurz vor Entlassung	ein Jahr nach Haftentlassung	mindestens 2 bzw. 5 Jahre nach Haftentlassung
Psychologische Testdiagnostik Selbstbeurteilung: - Selbstkontrolle: „Low Self-Control Scale“ FES-K (Impulskontrolle, einfache Aufgaben, Selbstbezogenheit) - Aggressivität und Erregbarkeit: FPI-R - Neurotizismus (Labilität und Irritierbarkeit einer Person): NEO-FFI, FPI-R, EPI - Leistungsbereitschaft: FPI-R - Prosoziales Verhalten: NEO-FFI (Verträglichkeit), FPI-R (soziale Orientierung) - Empathie (Einfühlungsbereitschaft und Betroffenheit): E-Skala (Einfühlungsbereitschaft, Betroffenheit) - Selbstwert: MSWS (emotionaler, sozialer und Gesamtselbstwert) - Angst (als Zustand und als Eigenschaft): STAI State-Trait-Angstinventar (=State-Trait-Anxiety-Inventory) - Intelligenz: MWT-B - Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit: d2 - Prokriminelle Kognitionen: PRISKLIM (Einstellung zum eigenen Delikt, ~ zur Legitimität von Gesetzen) - Sozialisation im Sinne des elterlichen Erziehungsverhaltens: FEE			
Fremdbeurteilung: - antisoziale Persönlichkeitsstörung: SKID nach DSM-IV – Achse 2			
- Halbstrukturiertes Interview zur Biographie (auch zur erlebten Traumatisierung im Lebensverlauf des Probanden) - Befragung zu den Maßnahmen in der Anstalt	- Selbstauskunft der Probanden zur Entlassungsvorbereitung: Maßnahmen seitens der Anstalt - Nach Entlassung: Analyse der Gefangenenpersonalakten (GPA): Eckdaten zur aktuellen Verurteilung, Angaben aus den BZR-Auszügen, zur sozialen Situation des Probanden sowie zu Behandlungsmaßnahmen, tatbezogene Merkmale, diagnostische Befunde, Rahmenbedingungen und Entwicklung der Unterbringung (Vorkommnisse, Lockerungen, Verlegungen), Rahmenbedingungen der Entlassung (Führungsaufsicht, Bewährung), Risikobeurteilung - Nach Entlassung: Befragung der Fachdienste zur Einschätzung der Behandlungsfähigkeit und -bedürftigkeit, Tatleugnung im Haftverlauf, Teilnahme an Einzel- und Gruppenmaßnahmen sowie deren Inhalte, Unterstützungsbedarf des Gefangenen sowie dessen Veränderung in relevanten Bereichen, Gestaltung der therapeutischen Beziehung, protektive und Risikofaktoren des Gefangenen	Qualitatives Interview zu den aktuellen Lebensumständen und Angaben zur selbstberichteten Delinquenz	Auskünfte aus dem Bundeszentralregister (BZR)

Dazu werden zu verschiedenen Zeitpunkten (Beginn und Ende der Sozialtherapie sowie 1, 2 bzw. 5 Jahre nach Entlassung) Informationen aus unterschiedlichen Quellen zusammengeführt: Analyse der Gefangenenpersonalakten (GPA), psychologische Tests (Selbst- und Fremdbeurteilung), Befragung der Gefangenen und des Fachpersonals sowie Auszüge aus dem Bundeszentralregister (BZR). Vergleicht man das Untersuchungsdesign der beiden zeitlich weitgehend parallel laufenden Projekte, so zeigt sich zum einen, dass prinzipiell sehr ähnliche Fragestellungen mit unterschiedlichen Methoden – vor allem was die Testdiagnostik betrifft; jede Studie verwendet zur Erhebung ausgewählter Persönlichkeitsmerkmale andere Testinstrumente (vgl. *Abbildung 14* und *15*) – verfolgt werden. Im Unterschied zum DFG-Projekt wurden in der MPI-Studie nicht nur alle Sexualstraftäter betrachtet, sondern auch die Gewaltstraftäter einbezogen. Als Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe dienen Straftäter der jeweiligen Deliktgruppe in den Regelvollzugsanstalten.

Im Hinblick auf die Veränderungsprozesse während des Haftverlaufs zeigten sich in den Bereichen Selbstkontrolle, Aggressivität und Erregbarkeit, negative Einstellung zur Legitimität von Gesetzen sowie Empathie und Angst zwar generell Verbesserungen, jedoch unterscheiden sich Probanden der Sozialtherapie und des Regelvollzugs nicht signifikant voneinander (vgl. Schwedler & Wößner 2013). Gewaltstraftäter schienen in den Bereichen Selbstkontrolle, Aggressivität und Neurotizismus mehr von der sozialtherapeutischen Behandlung zu profitieren als Sexualstraftäter, möglicherweise wohl auch weil sie – unabhängig von ihrer Unterbringung – größere Defizite vor der Behandlung und somit einen größeren Veränderungsspielraum aufwiesen, den sie in der SothA offensichtlich nutzen können. Bei den Sexualstraftätern war dies „umgekehrt, hier berichteten eher die Probanden des Regelvollzugs von prosozialen Veränderungen.“ (Albrecht et al. 2013: 91; vgl. auch Schwedler & Wößner 2013) Die Konzentration des Strafvollzugsgesetzes auf Sexualstraftäter mit Freiheitsstrafen von mehr als 2 Jahren (§ 9 I StVollzG) ist in einzelnen Landesvollzugsgesetzen bereits entsprechend „korrigiert“ worden (vgl. A und D).

Von besonderem Interesse ist jedoch die Stabilität dieser therapeutisch erzielten Veränderungen nach der Haftentlassung. Eine geringere Rückfallrate der SothA-Teilnehmer spräche für einen Erfolg der SothA. In beiden Untersuchungen zeigt sich, dass es keinen Zusammenhang zwischen therapeutischen Veränderungen und dem Rückfall gibt. Sozialtherapeutisch behandelte Sexualstraftäter unterscheiden sich in ihrem Rückfall nicht bedeutsam von den als Vergleichsgruppe betrachteten Straftätern des Regelvollzugs, auch wenn in der DFG-Studie die Veränderungen der sozialen Kompetenzen und der Realitätsnähe (Abgehobenheit und Besorgtheit) auf der zum Ende der Therapie erreichten Höhe auch zwei Jahre nach der Haftentlassung weitgehend stabil bleiben. Vermutlich erklären externe Faktoren, wie z. B. die berufliche und soziale Lebenssituation der Probanden diese unterschiedlichen Verläufe. Außerdem fanden sich keine Zusammenhänge von Bildungsmaßnahmen im Vollzug und Rückfall; auch nicht unter Berücksichtigung der Eingangsvoraussetzungen der Probanden (vgl. Wößner & Wienhausen-Knezevic 2013). Die Evaluation einzelner sozialtherapeutischer Interventionen in ihrer spezifischen auf den Rückfall bezogenen Wirkung steht noch aus.

Neben den beiden soeben vorgestellten und weitgehend abgeschlossenen externen Forschungsprojekten werden aktuell noch in der Hamburger SothA⁵¹ regelmäßig Daten im Sinne eines laufenden Qualitätsmanagements erhoben und in den Berliner SothA wurde Ende 2014 mit einer umfassenden (und zunächst auf zwei Jahre angelegten) Evaluation begonnen. Des Weiteren dürften von den intern vom jeweiligen Kriminologischen Dienst durchgeführten Evaluationen in Bayern und Niedersachsen (sowie ggf. Nordrhein-Westfalen) Ergebnisse zu erwarten sein.

Während für den Überblick zum internationalen Forschungsstand (vgl. F.2) auf (viele) umfangreiche Meta-Analysen zurückgegriffen werden kann, besteht diese Möglichkeit für die auf die Bundesrepublik Deutschland begrenzte Betrachtung der Wirksamkeitsforschung nicht. So gibt es unseres Wissens nach keine Meta-Analyse (aktuellen Datums) zu ausschließlich deutsch (sprachig)en Studien (im stationären Setting). Insgesamt ist der Forschungsstand in Bezug auf die Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung jenseits der oben vorgestellten Untersuchungen (vgl. *Tabelle 23* und *24*) sowie kleinerer Studien (vgl. H.4) sehr dürftig; denn meist handelt es sich um unkontrollierte Rückfalluntersuchungen (vgl. Lösel 2000, Schmucker 2005). Für einen Überblick über den nationalen Forschungsstand bzgl. des in dieser

51 Die beiden Hauptziele der unter der Leitung von Prof. Dr. Peer Briken durchgeführten (Dauer-) Untersuchung liegen darin, eine Eingangs- und Verlaufsdiagnostik in der Sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg zu implementieren und gleichzeitig empirische Hinweise zur Wirksamkeit der Sozialtherapie zu sammeln.

Arbeit fokussierten Untersuchungsgegenstands, der Sozialtherapie, ist es unumgänglich – wie bereits kursorisch anhand der beiden größeren Evaluationen geschehen – die Einzelergebnisse der (kontrollierten) Primärstudien in Deutschland miteinander zu vergleichen.

Während die oben vorgestellte DFG- und MPI-Studie ein Bild vom aktuellen und vor allem seit Einführung des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26. Januar 1998 Zustand der Sozialtherapie geben, zeigt *Tabelle 25* die rückfallpräventiven Effekte der drei größeren deutschen Studien, die sich allerdings auf Behandlungsformen beziehen, die vor Etablierung der kognitiv-behavioralen (Gruppen-)Behandlungsprogramme Ende der 1990er Jahre Anwendung fanden.

Tab. 25: Ausgewählte deutsche Studien zur Evaluation der Sozialtherapie

Studie	Projektzeitraum	Stichprobe	Setting	Behandlungs- (BG) und Kontrollgruppe(n) (KG)	Behandlungsformen (Intervention)	Katamnesezeitraum	Rückfalldefinition	Schlussfolgerungen
Dünkel & Geng (1994)	1974-1984	N=510 Entlassene zw. 1971 bis 1974, die mind. 3 Vorstrafen + im Zeitraum mind. 1 Jahr FS verbüßten. (überwiegend Vermögens-/ Raubdelikte und Eigentumsdelikte)	JVA/SothA Berlin-Tegel (SothA-Eröffnung 1970)	(I) SothA (BG = 160) (II) SothA-Abbrecher (N = 27) (III) Regelvollzug (KG = 323) (I) SothA (BG = 66)	psy. Einzel- und Gruppentherapie (Milieuthherapie, vers. Psychotherapeutische Schulen), Schulausbildungsmaßnahmen durch Sozialarbeiter, sozialpraktische Trainingskurse (Umgang mit Geld, Drogen etc.)	M=10 Jahre	gerichtliche Verurteilung (1) jegliche - (2) bis 3 Monate/ 90 TS Geldstrafe (3) FS ohne Bewährung (4) FS von mind. 1 Jahr (5) Rückfalltat i. S. v. § 48 StGB a. F.	Rückfallverminderung (I) vs. (III) (1) 8 Prozentpunkte (2) 16 Prozentpunkte (Effektstärke=.163) (3) 23 Prozentpunkte (41,9 % vs. 65,3 % innerhalb der ersten 5 Jahre) (4) 23 Prozentpunkte (5) 22 Prozentpunkte Differenzen bleiben bei (I)+(II) vs. (III)
Ziegen (2005)	1988-1998	Alle im Projektzeitraum behandelten und entlassenen Sexualstraftäter der SothA Berlin-Tegel		(II) Regelvollzug (KG = 66) (Schmucker 2005: 133)	primär einzelpsychotherapeutisch ausgerichtetes Behandlungskonzept ohne Spezifizierung auf Sexualstraftäter	M=7 Jahre	Wiederverurteilung aufgrund Sexualdelikt	Rückfälligkeit (I) vs. (II) - einschlägig = identisch (27%) - allg.= (74 % vs. 79 %)
Ortmann (2000, 2002)	1982-1990	N=250 Gefangene (inkl. 11 mit SothA-Eignung, aber mit Wunsch im Regelvollzug zu verbleiben sowie 5 als Härtefall oder wg. Unterbelegung in SothA aufgenommen)	SothA Düren, SothA Gelsenkirchen, 10 Regelvollzugsanstalten in NRW	(I) SothA (BG = 114) (II) Regelvollzug (KG = 114)	Einzeltherapie, Wohngruppen, therapeutisches Klima, aufwendige Entlassungsvorbereitung	2 und 5 Jahre nach Entlassung	BZR-Auszug und selbstberichtete Delinquenz (1) jeglicher Rückfall (2) min 3Monate/Geldstrafe	Rückfälligkeit (I) vs. (II) (1) 60,4 % vs. 67,9 % (Effektstärke .078) (2) 42,3 % vs. 47,3 % (Effektstärke .05) Differenzen der Rückfälligkeit innerhalb der BG (Abbrecher vs. Vollteilnehmer) (1) 51,8 % vs. 71,1 % (2) 30,4 % vs. 62,2 %

Dünel & Geng (1994) untersuchten mittels eines ex-post-facto-Designs die SothA Berlin-Tegel kurz nach deren Eröffnung 1970 über einen Zeitraum von zehn Jahren und fanden positive Behandlungseffekte der Sozialtherapie. So verminderte sich in einem Beobachtungszeitraum von zehn Jahren nach Entlassung der Rückfall bei SothA-Probanden im Hinblick auf jegliche Wiederverurteilung um 8 Prozentpunkte bzw. bei einer Wiederverurteilung zu mindestens drei bzw. zwölf Monaten Freiheitsstrafe um 16 bzw. 23 Prozentpunkte im Vergleich zu Gefangenen des Regelvollzugs (vgl. *Tabelle 25*). Zwar sind die Differenzen hinsichtlich der allgemeinen Rückfälligkeit (jegliche Verurteilung) relativ gering, doch zeigte sich, dass aus der SothA entlassene Gefangene vor allem weniger schwer und zu einem späteren Zeitpunkt wiederverurteilt wurden (Dünel & Geng 1994: 46). Unter anderem wurden nur 14 % der SothA-Sexualstraftäter, jedoch 33 % der aus dem Regelvollzug entlassenen Sexualstraftäter einschlägig rückfällig (Dünel & Geng 1994: 54, Abb. 6). Ferner konnten positive Einflüsse einer umfangreichen Entlassungsvorbereitung in Form von vollzugsöffnenden Maßnahmen wie Aus- bzw. Freigang und Urlaub auf die Rückfälligkeit festgestellt werden: Obwohl Gefangene (mehr als) doppelt so häufig aus der SothA bedingt entlassen (Strafrest zur Bewährung ausgesetzt) wurden, wiesen sie keine erhöhten Rückfallquoten auf (Dünel & Geng 1994: 58).

In der methodisch aufwendigen Studie von Ortmann (2000, 2002) wurden die Teilnehmer der Sozialtherapie in Düren und Gelsenkirchen sowie mehr als zehn Regelanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen nach vorheriger Paarbildung randomisiert der Experimental- (Sozialtherapie) und Kontrollgruppe (Regelvollzug) zugewiesen. Es ergaben sich in Übereinstimmung mit früheren Studien moderate positive Effekte der Sozialtherapie (siehe *Tabelle 25*). Allerdings zeigte sich, dass dieser Behandlungseffekt ($r = .05$) deutlich geringer ausfällt als in nicht-experimentellen Studien (wie Dünel & Geng 1994: $r = .163$), das steht in Einklang mit den in Kapitel F.2 berichteten Meta-Analysen zu Studien mit ausschließlich randomisierten Untersuchungsdesign. Die Behandlungseffekte waren allerdings bei denjenigen Gefangenen, die die sozialtherapeutische Behandlung komplett durchlaufen hatten (und nicht abgebrochen und in den Regelvollzug zurückverlegt worden sind), deutlich ausgeprägter (Ortmann 2002: 213 f.; vgl. *Tabelle 25*).

Ziethen (2005) verglich die in der SothA Berlin-Tegel zwischen 1988 und 1998 behandelten Sexualstraftäter mit einer hinsichtlich soziodemografischer Daten, strafrechtlicher Vorgeschichte und Anlasstat äquivalenten Gruppe des Regelvollzugs. Bezogen auf die Rückfälligkeit zeigten sich nach einem gut sieben Jahre langen Katamnesezeitraum keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen Gruppen (einschlägig jeweils 27 %; allgemein 74 % vs.

79 %). Da sich in einer analogen Untersuchung anderer Tätergruppen positive Effektstärken von rund 20 % nachweisen ließen, schlussfolgerte Ziethen, dass andere Tätergruppen, also Nicht-Sexualstraftäter eher von der Teilnahme an der Sozialtherapie profitieren, was möglicherweise aufgrund des frühen Untersuchungszeitraums auch an der fehlenden Spezialisierung der Behandlung von Sexualstraftätern gelegen haben könnte.

Allerdings lassen sich die Resultate all dieser Untersuchungen nur bedingt vergleichen, weil sie beispielsweise verschiedene Operationalisierungen der abhängigen Variablen vornehmen, d. h. unterschiedliche Rückfalldefinitionen⁵² anwenden. Auch werden in der Forschungspraxis bei (subgruppen-)spezifischeren Fragestellungen im Sinne von „was wirkt bei wem (warum)“ die Fallzahlen⁵³ schnell zu klein (zu den methodischen Evaluationsproblemen vgl. auch F.3). Deshalb werden nun internationale Meta-Analysen vorgestellt, um die „Befunde zu ähnlichen Forschungsfragen und Hypothesen zu allgemeiner gültigen Befunden zusammenzuführen [und somit das] Forschungsfeld flächendeckend“ (Tischler 2011) zu analysieren.

F.2 Internationaler Forschungsstand

Um die deutschen Ergebnisse einzuordnen, soll im Folgenden ein kritischer Blick auf internationale Meta-Analysen geworfen werden, denn ob es tatsächlich so ist, dass „Rückfallfallstudien zur Behandlung von (Sexual-)Straftätern vor allem in internationalen Meta-Analysen positive Ergebnisse zeigten [und] mit Blick auf die deutsche Situation und die Frage, ob Sozialtherapie wirksam ist, [allenfalls] zurückhaltender Optimismus [herrscht]“ (Albrecht et al. 2013: 128), mag – je nach Perspektive – unterschiedlich beantwortet werden. Tatsache ist, dass es keine Meta-Analyse gibt, die ausschließlich deutsche Primär-

52 Die große Variabilität in den Rückfallraten ergibt sich nicht zuletzt aus den unterschiedlichen Rückfalldefinitionen im Hinblick auf den Bereich des Rückfalls (Sexual-, Gewalt- oder jegliches Delikt), das Rückfallkriterium (Problem-/Risikoverhalten (ggf. im Dunkelfeld), Anklage, Verurteilung, Inhaftierung), die verwendeten Quellen zur Bestimmung von Rückfällen (offizielle Register, inoffizielle Auskünfte von Bewährungshelfern bzw. aus Polizeiakten, Selbstbericht) sowie der Länge des Katamnesezeitraums (Schmucker 2004: 32 ff., 88).

53 Wegen der relativ geringen Rückfall-Basisraten ist bei der Überprüfung von Behandlungseffekten die Testgröße vermindert, so dass es selbst bei relativ großen Stichproben ($N > 100$) schwierig ist, Effekte statistisch abzusichern. Bei der Beurteilung sollte daher nicht nur der Fehler 1. Art, sondern auch der Fehler 2. Art berücksichtigt werden, „denn nicht nur fälschlich positive Beurteilung kann fatale Folgen haben (Aufwenden knapper Ressourcen für ineffektive Behandlungsmaßnahmen; vorzeitige Entlassung von behandelten Tätern in der Annahme das Rückfallrisiko gesenkt zu haben), sondern auch die fälschlich negative Beurteilung (Verzicht auf an sich effektive Interventionen; Behinderung weiterer Forschungsbemühungen zur Optimierung von Behandlung; Verschiebung strafpolitischer Schwerpunkte von Besserung zu Sicherung).“ (Schmucker 2004: 89)

studien im stationären Setting beinhaltet; bei der Interpretation der Ergebnisse der Meta-Analysen muss daher immer auch der kulturelle Kontext berücksichtigt werden, d. h. es stellt sich die grundsätzliche Frage, inwiefern Untersuchungen aus überwiegend englischsprachigen Ländern auf die deutsche Besonderheit im Strafvollzug, die Sozialtherapie, übertragen werden dürfen (vgl. auch Lösel et al. 2011).

Grundsätzlich lassen sich in der derzeitigen Diskussion um die Wirksamkeit von Behandlung zwei verschiedene Positionen identifizieren:

1. Behandlung ist wirksam – sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt und Kriterien berücksichtigt werden.
2. Behandlung ist nicht wirksam – zumindest können wir aufgrund der derzeitigen Datenlage nicht auf Gegenteiliges schließen.

Einerseits scheint eine Reihe von internationalen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen für einen (kleinen) Effekt zu sprechen (z. B. Hanson et al. 2002; vgl. zusammenfassend *Tabelle 26*). Viele der in Meta-Analysen einbezogenen Studien sind jedoch überwiegend methodisch schwach. Trotz solider theoretisch-wissenschaftlicher Basis zeigte sich beispielsweise bei der im quasi-experimentellen Design durchgeführten Evaluation der Social Therapy Unit des Waypoint-Zentrums für Mental Health Care in Ontario, Kanada, dass Behandlung (bei Psychopathen) sogar schädlich sein kann (Rice et al. 1992). Auch „Scared Straight“- und „Boot-Camp“-Programme, bei denen straffällig gewordene Jugendliche einen Testtag im Gefängnis erleben bzw. militärisch gedrillt werden; erwiesen sich in Meta-Analysen von randomisierten und kontrollierten quasi-experimentellen Studien entweder als schädlich im Sinne einer erhöhten Rückfälligkeit bzw. als ineffektiv (Lilienfeld 2007: 59, 61).

Tab. 26: Übersicht über ausgewählte Meta-Analysen ab dem Jahr 2000

	Koehler et al. (2013)	Hanson et al. (2009)	Reitzel & Carbonell (2006)	Landen- berger et al. (2005)	Lipsey & Ladenberger (2005)	Schmucker (2004) & Lösel (2005, 2008)	Hanson & Morton-B. (2004)	Walker et al. (2004)	Dowden et al. (2003)	Hanson et al. (2002)	Pearson et al. (2002)
Suchzeitraum	1980- 2009	1980-2000	1975-2003	1965-2005	1970-2003	<1970-2003 (2/3 nach 1990)	1943-2003	1986-1997	90 %> 1990	1977- 2000	1968-1996
Anzahl der Studien (Vergleiche)	21 (25)	23 (18)	9	58	14	69 (80)	95	10	24	43	69
Nationale Herkunft der Primärstudien	D, NL, NO, SE, GB (2/3)	USA, CAN, GB, NZ, NL	USA, CAN	USA, CAN, GB, NZ	USA, CAN	NA (2/3), sonstige (1/3)	USA, CAN, GB, AT, SE, AUS, NL, F, DK	?	?	USA, CAN, GB, NZ	inter- national
Art der Intervention	KBT, PST	BPSex, BPStraf	KBT, BT, PA, PE, TT, MST, HT	KBT	KBT	KBT, BT, PPT, PST, CK	?	KBT, MST, PE	KBT	KBT, ST, PPT	KBT, BT
Stichprobengröße (davon behandelt)	N=7940 J (48,9 %)	N=6746 (46,3 %)	N=2986 J	?	N=ca. 3100	N=22181 Sex	N=31216 Sex	N= 644 Sex	?	N=9454 Sex	N=1935
Rückfallrate BG/KG (%) bzw. Differenz [BG/KG Prozent- punkte]	a: [7] RNR: [16] KBT: [13]	e: 10,9 / 19,2 a: 31,8 / 48,3 sex./gew.: 22,9 / 32	7,4 / 18,9	[25]	[27]	e: [37] a: [31]	KG & BG= e: 13,7 a: 36,9 gew.: 25	[23]	42,5 / 57,5	e: 12 / 17 a: 28 / 39	[30]
Katamnesezeitraum (M in Monaten)	<12 vs. >12	12-252 (Median= 56,4)	8-84 (M=27,8)	1-36	3-18 (M=10,2)	? (M=60)	12-330 (M=73)	?	?	12-192 (Medi- an=46)	6-24
nur kontrollierte Designs	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Mittlere Effektstärke (Cohen's <i>d</i> bzw. (log.) Odds Ratios)	.16	OR=.61	.43	OR(log)= 1.53	.14	OR(log)= 1.67	?	.37	-.15 bis .45	e: .81 a: .56	r=.066 bis .144

	Lipsey et al. (2001)	Aos et al. (2001)	Redondo et al. (2001)	Lösel (2000)	Gallagher (2000)	Langström et al. (2013) SR	Corabian et al. (2011) SR	Brooks- Gordon et al. (2006) SR	Wilson et al. (2005) R	Grietens & Hellinckx (2004) SR	White et al. (2000) R
Suchzeitraum	1985- 2000	1977-2000	1980- 1991	1983- 2000	1975- 1998	1984- 2010	ab 1998	1974- 1997	1985-1999 (65 %>1990)	1985- 1999	1966- 1998
Anzahl der Studien (Vergleiche)	14	14	32	20	23 (26)	8	8 MA und R (3 bis 69 Pri- märstudien)	9	20	5 MA	3
Nationale Herkunft der Primärstudien	USA, CAN	USA, GB, CAN, NZ, D	D, NL, E, SE, GB (43,8%)	D, A, CH	USA, CAN, D	engl./skand. Sprache	NA, EUR, AUS	USA, AUS, GB, ?	NA, AUS, EUR (west- lich)	NA, EUR	GB, AUS
Art der Intervention	KBT	PT, PPT, CK	PD, BT, KBT, SOZ, BIL	PT, CK, PPT	PT, CK, PPT	PPT, PT, PE	PT, PPT	KBT, BT, PD	KBT	SOZ, BPStraft	KBT, PPT, CK
Stichprobengröße (davon behandelt)	N=ca.3000	N=3342 (52 %)	N=5715	N=1048 (74 %)	?	N=9603 KM	?	N>500 Sex	N=x-2125	N=7728- 40000 J Gew	Sex
Rückfallrate BG/KG (%) bzw. Differenz [BG/KG Prozent- punkte]	[33]	?	[12]	19,3 / 23,3	12 / 22	?	?	?	42 / 58	[9]	?
Katamnesezeitraum (M in Monaten)	3,25-13	1-19 (M=4)	1-120 (M=24)	2-11 (M=6,5)	1 bis >11	12	>24	12-120	12-84	?	? (M=36)
nur kontrollierte Designs	ja	nein	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein	nein	ja
Mittlere Effektstärke (Cohen's <i>d</i> bzw. (log.) Odds Ratios)	OR(log)= -1.85 bis -.28	.19	.243	.08	.47	?	?	?	.33	.09 bis .31	?

Legende: AT=Österreich, AUS=Australien, CAN=Kanada, D=Deutschland, DK=Dänemark, E=Spanien, EUR=Europa, F=Frankreich, GB=Großbritannien, NA=Nord-Amerika, NL=Niederlande, NO=Norwegen, NZ=Neuseeland, SE=Schweden, J=Jugendliche, Gew.=Gewaltstraftäter, KM=Kindesmissbrauchstäter, Sex.=Sexualstraftäter, (K)BT=(Kognitiv-)behaviorale Therapie, BPSEX=Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter, BPStraft.= ~ Straftäter, BIL=Bildungsprogramme, HT=humanistische Therapie, PT=Psychotherapie, PA=Psychoanalyse, PD=psychodynamische Therapie, PE=Psychoedukative Therapie, PST=psychosoziale Therapie, SOZ=Sozialtherapie, ST=systemische Therapie, TT=Traumatherapie, MST=multisystemische Therapie, PPT=Psychopharmakotherapie, CK=chirurgische Kastration
e: einschlägiger Rückfall, a: allgemeiner Rückfall

Zur Beurteilung der methodischen Qualität von Primärstudien werden in den Meta-Analysen zum Teil verschiedene Skalen zugrunde gelegt: So wurden von Hanson et al. (2009) von 23 Studien lediglich 5 als gut nach den vom Collaborative Outcome Data Committee (CODC 2007, 2007a) entwickelten Richtlinien klassifiziert. Langström et al. (2013) schlussfolgerten aufgrund der zu geringen Anzahl vorhandener Studien mit methodisch ausreichend hoher Qualität gemäß den GRADE-Richtlinien⁵⁴ (nur 8 Primärstudien mit RCTs oder prospektiv kontrollierte Beobachtungen), dass wissenschaftlich fundierte Aussagen nicht möglich sind.

In den letzten 20 Jahren wurden daher Randomized Controlled Trials (RCTs) zum „Goldstandard“ der Wirksamkeitsforschung (vgl. zur Kritik Marshall & Marshall 2007 sowie Sampson 2010). In der Cochrane Library sind alle RCTs gesammelt. Dennis et al. (2012) kommen – nachdem sie in 5 RCT-Studien über kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) sowie einer Studie zu psychodynamischer Therapie (PDT) keine Unterschiede in den Rückfallraten gefunden haben – zu folgendem Schluss: „The inescapable conclusion of this review is the need for further randomised controlled trials [...], so that society is not lured into a false sense of security in the belief that once the individual has been treated, then their risk of reoffending is reduced.”

Auch Rice & Harris (2013: 223 f.) resümieren: „Thus, the authoritative claims of effectiveness [...] rest entirely on research rated as ‚weak‘ or ‚rejected‘.”⁵⁵ [...] We suggest that [...] a few apparently positive results from nonexperimental studies cannot legitimately support rejection of the appropriate null hypothesis.” Und sie fügen hinzu (2013: 229): „Unfortunately, studies show that evidence alone is unlikely to change minds. People tend to believe that which they want to believe.“

54 Vgl. http://www.gradeworkinggroup.org/publications/JCE_series.htm [21.07.2014]

55 Das Problem der methodischen Qualität beginnt also bei den Schwierigkeiten der Primärstudien (vgl. dazu auch F.3), setzt sich bei Meta-Analysen fort und gipfelt in systematischen Reviews, die wiederum verschiedene Meta-Analysen zusammenfassen. So identifizierten Corabian et al. (2011) insgesamt 67 Meta-Analysen, die im Zeitraum von 1953 und 2009 3 bis 69 Primärstudien umfassten, bezogen in ihren Review allerdings nur jene 7 englischsprachigen Meta-Analysen nach 1998 ein, die nach dem Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR,; vgl. Shea et al. 2007, 2010) einen Wert von > 3 aufwiesen.

Metaanalysen sind jedoch nur empfehlenswert bei einer hinreichend großen Zahl ($n > 30$) an methodisch und inhaltlich homogenen Primärstudien mit entsprechenden Fallzahlen ($n > 100$), damit ein Vergleich der Ergebnisse überhaupt möglich ist. Liefern Primärstudien aufgrund der Komplexität der Materie keinen Hauptbefund, sondern nur eine Reihe von stratifizierten Effekten für bestimmte Untergruppen, ist die Durchführung einer Meta-Analyse schwierig; zudem sollte zumindest die abhängige Variable einheitlich operationalisiert worden sein. So zeigten Lösel & Schmucker (2005) in ihrer Meta-Analyse u. a. auch auf, dass sich die Varianz der abhängigen Variable Therapieeffizienz zu 40 % durch methodische Einflussgrößen und nur zu 3 % durch spezifische Therapievariablen erklären ließ. Insofern kommt dem methodischen Design einer Studie in Bezug auf die gefundene Wirksamkeit einer Therapie ein größerer Einfluss zu als z. B. die verwendete Therapiemethode. Aus diesen Gründen unterzogen Endrass et al. (2008) 31 – im Zeitraum zwischen 1998 und 2005 publizierte – empirische Primärstudien, die sich mit der Effizienz von Therapieinterventionen bei erwachsenen Sexual- und/oder Gewaltstraftätertherapie im Hinblick auf deren Rückfälligkeit bzw. Legalbewährung auseinandersetzten, einer qualitativen Literaturübersicht. Dabei stellten sie fest, dass die statistischen Auswertungsverfahren wenig differenziert waren; so wurden logistische Regressionen nur in knapp 10 % der Studien gerechnet und nur knapp ein Drittel benutzte Verfahren, die die statistische Kontrolle bestimmter Effekte ermöglichen.

Zum Abschluss dieses Teilkapitels sollen die Grundpositionen der RCT-Kontroverse noch einmal genauer vorgestellt werden (vgl. Seto et al. 2008, Marshall & Marshall 2010 bzw. zusammenfassend *Tabelle 27*). Randomisierte kontrollierte Studien (= randomized controlled trial (RCT)) gelten vor allem in der medizinischen Forschung als das beste Forschungsdesign zum empirischen Nachweis der Wirksamkeit von Behandlungen. Randomisiert bedeutet, dass die Versuchspersonen nach einem Zufallsmechanismus entweder der Behandlungs-/Experimental- oder der Kontrollgruppe zugeordnet werden, um personengebundene Störgrößen gleichmäßig auf die Untersuchungsgruppen zu verteilen, so dass weitgehend sichergestellt ist, dass der nachgewiesene Effekt keiner systematischen Verzerrung unterliegt. Auf diese Weise sowie über maximale Kontrolle und Standardisierung wird eine hohe interne Validität (wie prototypisch in einem Laborexperiment) hergestellt, so dass eine Verhaltens- oder Merkmalsänderung der abhängigen Variable auf die (zeitlich vorangegangene) Veränderung der unabhängigen Variable kausal zurückgeführt werden kann und Alternativerklärungen für das Vorliegen oder die Höhe der gefundenen Effekte weitestgehend ausgeschlossen werden können. Ein hohes Ausmaß an Kontrolle bewirkt aber andererseits, dass die experimentelle Situa-

tion so künstlich wird, dass sie nicht mehr realitätsnah ist; für eine hohe externe Validität (wie prototypisch in einem Feldexperiment) sind hingegen möglichst realistische und d. h. meist auch störanfällige, unkontrollierte Bedingungen geradezu notwendig, um die Untersuchungsergebnisse über die Untersuchungssituation, die Versuchspersonen und den Untersuchungszeitraum hinaus auch entsprechend generalisieren zu können (vgl. dazu näher z. B. Endrass et al. 2012).

Tab. 27: Pro- und Contra-Argumente (aus Seto et al. 2008 sowie Marshall & Marshall 2007, 2010)

Contra-RCTs	Pro-RCTs
Auch methodisch schwächere Untersuchungen führen zum Ziel – wir wissen genug (RCTs brauchen wir daher nicht)	Auch in anderen Bereichen (z. B. Medizin) dachte man, man wisse genug und schwächere Designs seien ausreichend
RCTs sind praktisch politisch nicht umsetzbar (z. B. wegen potentieller Rückfälle zufällig nicht-behandelter Täter)	RCTs sind praktisch umsetzbar
Äquivalenzproblem	
RCTs are unable to match treated and control offenders on all possible variables and thus failing to provide strong inferences about cause and effect. There is no way that such a simple process could ever produce matched groups on the extensive range of known static and dynamic factors. This equivalence problem can be addressed by conducting multiple studies, recruiting large samples, pooling data from different sites, and using statistical analyses to control for inadvertent group differences on important risk factors.	Incidental designs are even more vulnerable to the problem of inadvertent nonequivalence of groups and all depend on some kind of statistical control for known risk factors which can also be applied to RCT data. The strength of RCTs is not in achieving perfect pretreatment equivalence on every possible factor. RCTs are the best at distributing such differences randomly, and only randomization can eliminate the subtle selection biases that affect even the best incidental study designs”
issue of treatment protocol flexibility – “one size fits all” approach	
RCT design requires that the number of treatment sessions, the duration of treatment, as well as the timing of the delivery of each component of treatment, be clearly specified and adhered to, and that treatment be administered uniformly across the entire treated sample. Effective therapy as it is practiced, however, requires the treatment provider to tailor treatment to the individual problems, needs and style of each client. → strict adherence to the detailed specifications of the treatment manual so that the internal validity of the study is assured. This is done to ensure that it is the specifics of the program that produces the results and so that the program, and its results, can be replicated by others. (Marshall & Marshall 2010) → Vernachlässigung der externen Validität; Unterschätzung der Rolle der Therapeuten (Responsivity Principle), daher wenig Relevanz für die Praxis	But neither manualization nor a RCT design require every client to be treated identically. manuals typically describe specific treatment techniques rather than providing guides to effective therapeutic ingredients upon which the techniques are delivered (e.g., motivational strategies, the therapeutic relationship, the group climate and therapist features) → need for flexibility in implementing treatment but the opportunity to implement flexibility and responsivity is diminished in proportion to the degree of detail in the requirements specified by the treatment manual.

Contra-RCTs	Pro-RCTs
focus only on the potential risks	
Withholding treatment from sex offenders who volunteer for it is unethical, noting that potential victims cannot provide informed consent to the research and that the distress experienced by those denied treatment might have negative effects that increase the likelihood that they reoffend. → RCTs sind ethisch nicht vertretbar	Unproven treatments might have harmful effects, unintentionally increasing recidivism and thereby harming victims, offenders, and their respective families. There are many examples of psychosocial and medical treatments that have produced unintended negative consequences. Ethics committees and government regulations have allowed these studies to take place because the ethics of conducting RCTs depends not only on the potential risks but also on the potential benefits of the research. → RCTs sind ethisch verpflichtend
Contra-RCTs	Pro-RCTs
questions of treatment efficacy and effectiveness	
“Do the results of an RCT-designed study tell us about the effectiveness of treatment as it is characteristically delivered?” (Marshall & Marshall 2007: 176) → this rhetorical question confuses the issue of experimental design with issues of how the treatment is delivered and conflates the questions of treatment efficacy and effectiveness	Promising treatment techniques and targets are identified in observational studies and then tested in RCTs to evaluate efficacy; once efficacy is established, effectiveness in real-world settings is evaluated through dissemination studies.

Auch wenn die Frage, ob Behandlung wirkt („what works?“), in der Form nicht mehr gestellt wird, da die in den 1970er Jahren populäre Antwort „nothing works“ in ihrer Absolutheit sicherlich nicht zutrifft, ist die Wissenschaft weit davon entfernt, die nunmehr abgewandelte Frage, was wirkt wie bei wem unter welchen Bedingungen („What works how with whom under which conditions?“) zufriedenstellend zu beantworten. Dies liegt nicht zuletzt anhand der zahlreichen methodischen Hürden für Evaluationsstudien im forensischen Bereich. Im folgenden Abschnitt werden daher die mit der Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung verbundenen Probleme aufgezählt.

F.3 Probleme der Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung

Gegen ein RCT (in Deutschland) wird häufig vorgebracht, dass die gesetzlichen Regelungen kaum zufällige Zuweisungen von Probanden erlauben; allerdings könnte man – auch um dem ethischen Problem des Vorenthaltens einer Behandlung – zwei unterschiedliche Therapieprogramme gegeneinander laufen lassen, d. h. einen Behandlungsvergleich zur Untersuchung der relativen Effektivität von Maßnahmen vornehmen. Vergleiche man nur Sozialtherapie- mit Regelvollzugsprobanden, wären aufgrund der systematischen Gruppenunterschiede die Ergebnisse wenig intern valide. Insofern muss auf äquivalente Gruppen in Bezug auf rückfallrelevante Kriterien geachtet werden: Dies kann über die Bildung von Paaren geschehen (Matching) oder auch über (nachträgliche) statistische Kontrollen. Dennoch haben Sozialtherapieprobanden und Regelvollzugsinsassen in aller Regel – wie unter D.3 beschrieben –

durchaus (z. B. im Rahmen der Gefangenearbeit) Kontakt (Problem der treatment contamination), in jedem Fall sind externe Einflussfaktoren vorhanden, die nicht gleichermaßen auf Experimental-/Behandlungs- und Kontrollgruppe(n) wirken und somit die Ergebnisse konfundieren können.

Durch die Dauer einer Untersuchung kann es zu Stichprobenmortalität bzw. -schwund kommen (z. B. durch Sterblichkeit, Verweigerungen), so dass die Fallzahlen zu gering werden (gerade Detailanalysen zu differentiellen Effekte von Interventionsmaßnahmen setzen eine an Tätercharakteristika orientierte Klassifikation beispielsweise „der“ Sexualstraftäter voraus, d. h. eine interne Differenzierung der behandelten Population). Damit verbunden ist auch das Problem des Umgangs mit Behandlungsabbruchern: Belässt man sie in der Behandlungsgruppe (intent to treat), wird die Leistungsfähigkeit der Behandlung unterschätzt; schließt man sie in die Kontrollgruppe ein, wird der Effekt wiederum überschätzt: „Because sex offenders who refuse treatment or drop out of treatment are more likely to reoffend (Hanson & Morton-Bourgon, 2004, 2005), this decision creates a selection bias, independent of any possible treatment effect, that increases the chance of finding fewer new offenses among the treated sex offenders.“ (Seto et al. 2008: 252) Daher empfiehlt sich ein differenzierteres Vorgehen, das mittels separater Analysen konservative und optimistische Effektschätzungen gegenüberstellt.

Ein besonderes Problem stellt sich bei der Evaluation „der“ Sozialtherapie, denn – wie anhand der eigenen Befunde deutlich geworden ist – besteht eine große Variabilität sowohl zwischen einzelnen Sozialtherapien als auch innerhalb sozialtherapeutischer Einrichtungen. Aufgrund des Konglomerats an Behandlungsformen und Interventionen⁵⁶ lässt sich nicht rekonstruieren, was genau an der Sozialtherapie wirkt: “Given this variability across treatment programs it makes little sense to expect them to have uniform effects. When different physicians administer the same medication to patients with the same disorder, we might reasonably expect the same results; if they were administering different medications we would definitely not expect the same result.” (Marshall & Marshall 2010: 2) Da die Fertigkeiten der Therapeuten und kommunikativen Fähigkeiten der Mitarbeiter im Sinne des Responsivitätsprinzips (vgl. B) einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf den Behand-

56 Einige sprechen statt von integrativer Sozialtherapie von einem (ungeprüften) Therapiecocktail (Bussmann et al. 2007). Tatsache ist, dass sich unter dem Etikett „Sozialtherapie“ sehr unterschiedliche Praxen herausgebildet haben, die nicht zuletzt auch von den Vorlieben der jeweiligen Behandler abhängig zu sein scheinen, die beispielsweise aus nicht näher ausgeführten Gründen inhaltliche Programmmodifikationen vornehmen, so dass sich die Frage stellt, inwieweit die Behandlungsinhalte tatsächlich präzise realisiert worden sind (vgl. D.4).

lungserfolg haben, dürfte sich die Personalfuktuation in diesem Bereich eher negativ auswirken (vgl. E.3).

Auch aufgrund langer Katamnesezeiträume ließen sich dann eventuelle Evaluationsschlussfolgerungen nicht mehr adäquat adressieren, weil sich das evaluierte Setting nicht nur strukturell und inhaltlich, sondern auch personell verändert hat, so dass die Ergebnisse der Evaluation unter Umständen nur noch sehr bedingt Aussagen über die aktuelle Behandlung liefern.

Nachvollziehbarerweise ergeben sich in der Tendenz höhere Effekte bei kürzeren Gefährdungszeiträumen (time at risk; beispielsweise kontrollierbar über eine methodisch anspruchsvolle Ereigniszeitanalyse) für einen Rückfall (Lösel & Schmucker 2008: 167). Zudem ist ohnehin fragwürdig, inwieweit nach der Haftentlassung die Rückfälligkeit nicht auch durch mit Behandlung allenfalls mittelbar beeinflussbare Variablen wie Partnerschaft bzw. nichtdelinquente Bezugspersonen, Suchtmittelabstinenz oder geringe Schulden erklärt werden können; insofern wären bei diesem distalen Merkmal „der“ Sozialtherapie sehr viele Störeinflüsse zu berücksichtigen. Eine Kausalität zwischen Behandlung(erfolg) und Rückfall ist so nur schwer nachzuweisen; unklar bleibt daher weiterhin, was den „Holy Grail of Offender Change“ (Serin et al. 2013: 32) ausmacht. Im Zuge der (vorrangig qualitativ ausgerichteten) „Desistance“⁵⁷-Forschung“ wird anderen Indikatoren der sozialen Integration wie Arbeit, Wohnung, soziale Beziehungen einen größeren Stellenwert eingeräumt (z. B. Hofinger 2013), so dass die Verantwortung neben der Sozialtherapie (auch) bei anderen Instanzen der Nachsorge (z. B. Forensischen Ambulanzen, Führungsaufsichtsstellen etc.) liegt (vgl. D.7).

Eine weitere Möglichkeit zur Messung des Behandlungserfolg von Sozialtherapie wäre die durch die Behandlung hervorgerufenen Veränderungen in den dynamischen Risikofaktoren (psychometrische Testscores vor und nach der Behandlung) mit Rückfälligkeit in Zusammenhang zu bringen (z. B. Barnett et al. 2012), d. h. „ob es im Laufe der Behandlung tatsächlich zu Veränderungen dieser kriminogenen Faktoren kommt [proximales Erfolgskriterium] und ob diese Veränderungen mit der Senkung des Rückfallrisikos einhergehen [distales Erfolgskriterium]“ (Wößner 2014: 52). Für die Messung der Veränderung

57 „‘Desistance‘ meint das nachhaltige Aufhören mit kriminellen Aktivitäten, den Ausstieg aus einer kriminellen Karriere. Es geht dabei nicht nur um den Moment des Aufhörens, sondern um den Prozess, der dieses Aufhören ermöglicht und begleitet, und um das Aufrechterhalten eines rückfall- und verurteilungsfreien Lebens. Für den Begriff ‚desistance‘ gibt es weder eine direkte Übersetzung noch existiert eine einheitliche Definition, ab wann man von ‚desistance‘ sprechen kann. [...] Die ‚desistance‘-Forschung geht davon aus, dass man nicht (durch ein Programm oder eine bestimmte Therapie) reformiert wird, sondern dass man *sich selbst* ändert. Das bedeutet, dass die Praxis der Straffälligenhilfe lediglich Prozesse anregen, unterstützen und begleiten kann.“ (Hofinger 2013: 317, 322)

können jedoch einerseits verschiedene Maße (programmnahe vs. Persönlichkeitsmaße) herangezogen werden und andererseits verschiedene Berechnungsmodi zugrunde gelegt werden (vgl. zusammenfassend Wößner 2014). Grundsätzlich stellt sich bei der Verwendung von Selbsteinschätzungsinstrumenten die Frage nach valider und reliabler Messung, denn einerseits setzen sie eine gewisse Reflexionsfähigkeit des Probanden zur eigenen Einschätzung voraus, andererseits können die Messungen durch aktuelle Vorfälle, soziale Erwünschtheit bzw. oberflächlich-opportunistische Anpassung kontaminiert sein, so dass die Entscheidung schwierig ist, ob es sich bei Veränderungen um ein durch die Therapie entstandenes Problembewusstsein handelt oder lediglich durch Lerneffekte bei wiederholtem Ausfüllen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich eine (bundesland-) übergreifende Evaluation sozialtherapeutischer Maßnahmen im Sinne reduzierten Rückfalls von Behandlungswirksamkeit ganz grundsätzlich schwierig gestaltet.

Dies gilt erstens hinsichtlich der in eine solche Studie eingehenden Ausgangsbedingungen: Aufgrund der in Deutschland nicht einheitlichen (Strafvollzug-) Gesetzeslage unterscheiden sich die Indikationskriterien der SothA-Insassen (vgl. A), wodurch die Klientel sich in verschiedenen Bundesländern deutlich voneinander unterscheiden kann.⁵⁸ Gleiches kann auch durch anstaltsinterne Einflüsse auf der Ebene der Einrichtungen innerhalb eines Bundeslandes passieren. Außerdem kann der Grund für die Unterbringung in der SothA (Therapiepflicht oder Wahlzugang) für den Gefangenen eine durchaus unterschiedliche Therapiemotivation bedeuten. Wenn diese Unterschiede in der Stichprobe nicht abgebildet werden, verlieren Studienergebnisse an Aussagekraft (Prob-

58 Vor dem rechtlichen Hintergrund der Eigenständigkeit der Länder erweist sich eine „Fort-schreibung einer Modellkonzeption für die Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung für weitere ggf. von den Ländern beabsichtigte Evaluationsprojekte“ im Bereich des Strafvollzugs als wenig erfolgversprechend. Längerfristig wäre möglicherweise die Etablierung eines bundesweiten internetbasierten Behandlungsatlas denkbar – beispielsweise nach dem Vorbild Niedersachsens, in dem seit 2007 alle Justizvollzugsanstalten ihre Bildungsmaßnahmen und ihre verhaltensändernden Maßnahmen inkl. der jeweiligen Methodik, Dokumentation sowie Qualitäts- und Wirksamkeitsaspekten eintragen (Suhling 2011: 9 f.).

Momentan würde eine Sekundärdatenanalyse keine Wirkungsvergleiche verschiedener Behandlungsformen zulassen, da die durchgeführten Evaluationen entweder programm- oder anstaltsspezifisch bzw. deskriptiv ausgerichtet sind. In einer Expertentagung Anfang Juli in Wiesbaden wurden vor dem Hintergrund der jeweiligen Forschungsansätze und -ergebnisse diese Probleme allerdings von Sozialtherapie-Forschern aus verschiedenen Ländern erörtert; es ist beabsichtigt, sich auf einen Satz von verbindlichen Kernvariablen (und identischen Operationalisierungen) zu verständigen, die bei zukünftigen Evaluationen immer erhoben werden sollen, um zukünftige Studien besser vergleichbar zu machen. Inwieweit das gelingt, bleibt abzuwarten.

lem der Vergleichsgruppen). Des Weiteren stellt sich die Schwierigkeit der Vergleichbarkeit der stattfindenden Behandlung. Zwar bieten modularisierte Behandlungsprogramme die Möglichkeit einer standardisierten Anwendung, doch therapeutische Ausgestaltungen sind naturgemäß von Persönlichkeit des therapeutischen Personals (mit seinen Werten; Day & Ward 2010) abhängig und schwer empirisch abbildbar (Problem der Behandlungsintegrität, -implementation). Zudem finden beim integrativen Ansatz der Sozialtherapie mehrere Einzelinterventionen Anwendung, so dass eine genaue Zuordnung von Effektanteilen zu den jeweiligen Maßnahmen schwierig sein dürfte (Problem der Programminhalte). Durch die Einbindung der Sozialtherapie als umfassendes Behandlungskonzept mit diversen Bausteinen in übergeordnete Regelvollzugsanstalten müssten im Rahmen einer Evaluationsforschung auch die strukturellen und prozeduralen Merkmale des Strafvollzugs berücksichtigt werden (zu den methodischen Schwierigkeiten vgl. z. B. Suhling 2012). Neben einer Ergebnisevaluation (summarisch) empfiehlt sich daher auch eine parallel dazu stattfindende Prozessevaluation (formativ).

Zweitens ergeben sich für die Vergleichbarkeit einzelner Studien Schwierigkeiten aus dem methodischen Vorgehen. Eine randomisierte Gruppenzuteilung (Randomized Control Trials) stellt das Optimum für eine objektive, reliable und valide Aussage bezüglich der Effektivität einer Therapie dar, ist aber im Strafvollzug aus vielerlei ersichtlichen Gründen schwer umsetzbar. Eine zentrale Frage bildet die Wahl der Kontrollgruppe. Hierzu bieten sich i. d. R. Teilnehmer anderer Therapieformen, Therapieabbrecher oder unbehandelte Gefangene, an, doch keine der Auswahlmöglichkeiten erweist sich als optimal, da in jedem Fall externe Einflussfaktoren vorhanden sind, die auf Experimental- und Kontrollgruppe(n) nicht gleichermaßen wirken und somit die Ergebnisse konfundieren können (was zählt als unbehandelt – auch ein Sexualstraftäter, der eine Berufsausbildung gemacht hat? Frage der Behandlungsinintensität). Ferner bleibt schwierig auszuwählen, welche Variable als Therapieerfolg anzusehen ist (Notwendigkeit der Definition der *Behandlungsziele*). Stellt die Legalbewährung (bzw. Rückfall) klassischerweise das Erfolgskriterium der Wahl dar, kann in Studien, in denen die Veränderung dynamischer Risikofaktoren untersucht wird, ein Rückfall nicht zwingend ein Scheitern der Therapie bedeuten. Dennoch wird die Rückfallreduktion wohl zentrales Kriterium der Wirksamkeit von Straftäterbehandlung bleiben, und therapienahe Maße werden für die Sichtbarmachung von Wirkmechanismen genutzt.

Die Kontroverse zwischen „wirksam vs. wissen wir (noch) nicht“ ist weiterhin nicht gelöst, denn es gibt für beide (!) Seiten gute Argumente. Dass Behandlung wirksam sein *kann*, darauf deuten die (unter methodisch wertvollen Gesichtspunkten zugegebenermaßen noch wenigen) positiven – wenn möglicherweise auch ernüchternden – Ergebnisse (z. B. Marques et al. 2005,⁵⁹ Bordin et al. 2009;⁶⁰ Ortmann 2000) hin. Ziel sollte es weiterhin sein, möglichst hochwertige Studien durchzuführen, denn die drei exemplarisch genannten Untersuchungen belegen, dass man auch in Bezug auf die Straftäterbehandlung methodisch erstklassige und aussagekräftige Forschung machen kann.⁶¹ Dies gelingt nur über eine enge Zusammenarbeit von Forschung und Praxis, d. h. zwischen Justizvollzug und externen Forschungseinrichtungen. Evaluationen dürfen von der Praxis nicht als „bedrohlich“ gesehen werden, sondern als notwendige und sinnvolle Begleitung auf dem Weg zur multimedial gesicherten Erkenntnis, welche Behandlungsprogramme wie und warum bei wem wirken.

59 Aufgrund eines Anfang der 1980er Jahre in Kalifornien in Kraft getretenen Gesetzes, nach dem Sexualstraftätern für die letzten beiden Haftjahre ein (freiwilliges) Behandlungsangebot (Sex Offender Treatment Program (SOTP)) gemacht werden sollte, konnte eine der wenigen forensischen Studien mit randomisierten Kontrollgruppendesign durchgeführt werden.

60 Anhand dieses RCTs konnte die Überlegenheit des multisystemischen Therapieansatzes (MST) gegenüber einer kognitiv-behavioralen Intervention bei jugendlichen Sexualstraftätern (auch) im Hinblick auf kurz- und längerfristige Rückfallraten nachgewiesen werden (vgl. auch Bordin et al. 2011).

61 Im Hinblick auf die RCT-Kontroverse kann entschärfend hinzugefügt werden, dass sich der Unterschied des Therapieeffekts zwischen prospektiv angelegten RCTs und prospektiv angelegten quasi-experimentellen Studien nivellierte (vgl. Endrass et al. 2012: 51).

G. Literatur

- Alex, Michael (2010): Das Klima im Strafvollzug und die Resozialisierung. Kommentierung der Ergebnisse einer Befragung von Gefangenen einer sozialtherapeutischen Einrichtung. *Neue Kriminalpolitik (NK)* 22 (2), S. 66-67.
- Alex, Michael (2013): Rückfallhäufigkeit und langer Beobachtungszeitraum – Die Wahrscheinlichkeit des Todes potentieller Rückfalltäter ist ebenso hoch wie das Risiko eines erneuten Gewalt- oder Sexualdelikts. *Neue Kriminalpolitik (NK)* 25 (4), S. 350-361.
- Al-Nawas, B. / Baulig, C. / Krummenauer, F. (2010): Von der Übersichtsarbeit zur Meta-Analyse – Möglichkeiten und Risiken. *Deutscher Ärzte-Verlag | zzi | Z Zahnärztl Impl* 26 (4), S. 400-404.
- Andrews, Donald A. / Zinger, Ivan / Hoge, Robert D. / Bonta, James / Gendreau, Paul / Cullen, Francis T. (1990): Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology* 28/3, S. 369-404.
- Andrews, Donald A. / Bonta, James (2006/2010): *The psychology of criminal conduct*. Providence, NJ: LexisNexis Anderson.
- Andrews, Don A. / Dowden, Craig (2005): Managing correctional treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of programme integrity. *Legal and Criminological Psychology* (10), S. 173-187.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2007): *Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug. Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung. Indikationen zur Verlegung. Revidierte Empfehlungen des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V.*
Verfügbar unter: <http://www.arbeitskreis-sozialtherapeutische-anstalten.de/mitglieder/search.php?keywords=mindestanforderungen&terms=all&author=&sc=1&sf=all&sk=t&sd=d&sr=posts&st=0&ch=300&t=0&submit=Suche> [20.05.2014].
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2012): *Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug: Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung sowie Indikation zur Verlegung. Revidierte Empfehlungen des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V.* In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / Van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*. Herbolzheim: Centaurus, S. 20-26.

- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2012a): Sozialtherapie und Sicherungsverwahrung. Empfehlungen des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / Van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. Herbolzheim: Centaurus, S. 27-31.
- Barnett, Georgia D. / Wakeling, Helen C. / Mandeville-Norden, Rebecca / Rakestrow, Janine (2012): How useful are psychometric scores in predicting recidivism for treated sex offenders? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 56, S. 420-446.
- Böhm, Klaus M. (2011): Opferschutz - Präventionsprinzip - Sicherungsverwahrung. Bleibt die Polizei der Lückenbüßer der Rechtspolitik? *Kriminalistik* (1), S. 14-20.
- Borduin, Charles M. / Schaeffer, Cindy M. / Heiblum, Naamith (2009): A randomized clinical trial of Multi-systematic Therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, S. 26-37.
- Borduin, Charles M. / Munschy, Richard J. / Wagner, David V. / Taylor, Erin K. (2011): Multisystemic Therapy with Juvenile Sexual Offenders: Development, Validation, and Dissemination. In: Boer, Douglas P. / Eher, Reinhard / Craig, Leam A. / Miner, Michael H. / Pfäfflin, Friedemann (Hrsg.): *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders. Theory, Practice, and Research*. Chichester: Wiley-Blackwell, S. 263-285.
- Breuer, Maike M. / Gerber, Kerstin / Endres, Johann (2012): Kurzintervention zur Motivation im Strafvollzug. *Bewährungshilfe (BewHi)* 59 (4), S. 359-369.
- Briken, Peer / Hill, Andreas / Berner, Wolfgang (2011): Pharmacotherapy of Sexual Offenders and Men who are at Risk of Sexual Offending. In: Boer, Douglas P. / Eher, Reinhard / Craig, Leam A. / Miner, Michael H. / Pfäfflin, Friedemann (Hrsg.): *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders. Theory, Practice, and Research*. Chichester: Wiley-Blackwell, S. 419-431.
- Brown, Sarah / Harkins, Leigh / Beech, Anthony R. (2012): General and victim-specific empathy: Associations with actuarial risk, treatment outcome, and sexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 24, S. 411-430.

- Bundesministerium der Justiz (2011): Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz. Entwurf eines Gesetzes zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung. Verfügbar unter: http://www.der-paritaetische.de/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=/uploads/media/Ref_Entw_SV_2011.pdf&t=1326181575&hash=f57e88a4a22da9a723c34fc66dd8a8717d8ace79 [09.01.2012].
- Bussmann, Hans / Finger, Peter (2009): Die Durchführung antiandrogener Behandlung von Sexualstraftätern im Berliner Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 3 (2), S. 129 -140.
- Bussmann, Kai-D. / Seifert, Simone / Richter, Kathrin (2007): Sozialtherapie im Strafvollzug: Die kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle (Saale). In: Bender, Doris / Jehle, Jörg-Martin / Lösel, Friedrich (Hrsg.): *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik: Entwicklungs- und Evaluationsforschung*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg, S. 281-293.
- Collaborative Outcome Data Committee (2007): Sexual offender treatment outcome research: CODC guidelines for evaluation. Part 1: Introduction and overview. (Corrections Research User Report No. 2007-02). Verfügbar unter: <http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/sxl-ffindr-trtmnt/sxl-ffindr-trtmnt-eng.pdf> [06.07.2014].
- Collaborative Outcome Data Committee (2007a): The Collaborative Outcome Data Committee's guidelines for the evaluation of sexual offender treatment outcome research Part 2: CODC guidelines. (Corrections Research User Report No. 2007-03). Verfügbar unter: <http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/cllbrtv-tcmdt-gdlns/cllbrtv-tcmdt-gdlns-eng.pdf> [06.07.2014].
- Corabian, Paula / Dennett, Liz / Harstall, Christa (2011): Treatment for convicted adult male sex offenders: an overview of systematic reviews. *Sexual Offender Treatment*. Verfügbar unter: <http://www.sexual-offender-treatment.org/93.98.html> [03.08.2014].
- Dahle, Klaus-Peter / Schneider, Vera / Ziethen, Franziska (2007): Standardisierte Instrumente zur Kriminalprognose. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 1 (1), S. 15-26.
- Day, Andrew / Ward, Tony (2010): Offender rehabilitation as a value-laden process. *International journal of offender therapy and comparative criminology* 54 (3), S. 289-306.

- Del Busto, Elena / Harlow, Michael C. (2011): American Sexual Offender Castration Treatment and Legislation. In: Boer, Douglas P. / Eher, Reinhard / Craig, Leam A. / Miner, Michael H. / Pfäfflin, Friedemann (Hrsg.): International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders. Theory, Practice, and Research. Chichester: Wiley-Blackwell, S. 543-571.
- Dennis, Jane A. / Khan, Omer / Ferriter, Michael / Huband, Nick / Powney, Melanie J. / Duggan, Conor (2012): Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. The Cochrane Library 12.
- Dessecker, Axel (2011): Die Wandlungen der Führungsaufsicht. *Bewährungshilfe* 58 (3), S. 267-279.
- Dessecker, Axel (2012): Von der Polizeiaufsicht zur Führungsaufsicht und zurück? In: Hilgendorf, Eric / Rengier, Rudolf (Hrsg.): Festschrift für Wolfgang Heinz. Baden-Baden: Nomos, S. 631-641.
- Dessecker, Axel (2013): Das neue Recht des Vollzugs der Sicherungsverwahrung: ein erster Überblick. *Bewährungshilfe* 60, S. 309-322.
- Düinkel, Frieder / Geng, Bernd (2007): Rechtstatsächliche Befunde zum Jugendstrafvollzug in Deutschland. *Forum Strafvollzug* (2), S. 65-80.
- Egg, Rudolf / Pearson, Frank S. / Cleland, Charles M. / Lipton, Douglas S. (2001): Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland. Überblick und Meta-Analyse. In: Rehn, Gerhard / Wischka, Bernd / Lösel, Friederich / Walter, Michael (Hrsg.): Behandlung „gefährlicher Straftäter“. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus Verl.-Ges., S. 321-347.
- Egg, Rudolf (2009): Welche Weichen stellt die Behandlungsforschung und welchen Einfluss hat sie? In: Koop, Gerd / Kappenberg, Barbara (Hrsg.): Wohin fährt der Justizvoll-Zug? Strategien für den Justizvollzug von morgen. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, S. 85-101.
- Egg, Rudolf / Niemz, Susanne (2012): Die Entwicklung der Sozialtherapie im Justizvollzug im Spiegel empirischer Erhebungen. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): Therapie von Straftätern und Sicherungsverwahrten in sozialtherapeutischen Einrichtungen. Standards, Praxis, Perspektiven. Herbolzheim: Centaurus, S. 1-19.
- Egg, Rudolf (2013): § 9. Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung. In: Schwind, Hans-Dieter / Böhm, Alexander / Jehle, Jörg-Martin / Laubenthal, Klaus (Hrsg.): Strafvollzugsgesetz. Bund und Länder. Kommentar. Berlin: De Gruyter, S. 167-193.

- Egg, Rudolf (2014): Was wirkt bei der Behandlung von (Sexual-)Straftätern? In: Neubacher, Frank / Kubink, Michael (Hrsg.): Kriminologie – Jugendkriminalrecht – Strafvollzug: Gedächtnisschrift für Michael Walter zum 70. Geburtstag. Berlin: Duncker & Humblot, S. 37-53.
- Eldridge, Hilary / Bullens, Ruud (2000): Dauerhafte Veränderung: Handbuch zur Rückfallprävention für Täter vom sexuellem Mißbrauch an Kindern. Leiden: Ambulant Bureau Jeugdwelzijnszorg.
- Endrass, Jérôme / Rossegger, Astrid / Noll, Thomas / Urbaniok, Frank (2008): Wirksamkeit von Therapien bei Gewalt- und Sexualstraftätern. *Psychiat Prax* 35 (1), S. 8-14.
- Endrass, Jérôme / Rossegger, Astrid / Braunschweig, Michael (2012): Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen. In: Endrass, Jerome / Rossegger, Astrid / Urbaniok, Frank / Borchard, Bernd (Hrsg.): Interventionen bei Gewalt und Sexualstraftätern. Berlin: edizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 45-69.
- Endres, Johann / Breuer, Maike (2011): Sicherungsverwahrung: Das Behandlungskonzept des bayerischen Justizvollzugs. *Forum Strafvollzug* (5), S. 285-296.
- Endres, Johann / Bieneck, Steffen (2011): BSDSB. Eine Basisdokumentation für die sozialtherapeutischen Einrichtungen im bayerischen Strafvollzug. *Forum Strafvollzug* (4), S. 244-248.
- Endres, Johann / Schwanengel, Florian M. / Behnke, Michael (2012): Diagnostik und prognostische Beurteilung in der Sozialtherapie. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): Therapie von Straftätern und Sicherungsverwahrten in sozialtherapeutischen Einrichtungen. Standards, Praxis, Perspektiven. Herbolzheim: Centaurus, S. 101-122.
- Endres, Johann / Breuer, Maike M. (2014): Leugnen bei inhaftierten Sexualstraftätern. Ursachen, Korrelate und Konsequenzen. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* (8); DOI: 10.1007/s11757-014-0271-6.
- Feils, Angelika / Händel, Michael / Zisterer-Schick, Monika (2010): Psychotherapeutische Ambulanz der Justiz Ludwigshafen (PAJu) – Konzeption. Verfügbar unter: <http://www.mjv.rlp.de/Justizvollzug/Psychotherapeutische-Ambulanzen-der-Justiz/PAJu-Ludwigshafen/binarywriterservlet?imgUid=4da10ecf-120d-9219-5ccf-8977fe9e30b1&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111> [21.07.2014].
- Fistera, Peter (2014): Wer, wenn nicht wir? Zur Leistungsfähigkeit der Sozialtherapie. *Forum Strafvollzug* (4), S. 219-226.

- Franqué, Fritjof von / Briken, Peer (2013): Das „Good Lives Model“ (GLM). Ein kurzer Überblick. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* (7), S. 22-27.
- Freese, Roland (2014): Zum Stand der forensischen und forensisch-psychiatrischen Nachsorge in der Bundesrepublik Deutschland (Daten aus der sog. Pfingstabfrage 2013). *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* 8, S. 137-144.
- Fuchs, Andreas / Berner, Wolfgang / Briken, Peer (2013): Deutsche Fassung der Therapist Rating Scale-10. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* (7), S. 44-46.
- Göbbels, Svenja / Zimmermann, Lavinia (2013): Rehabilitation von Straftätern. Das „Risk-need-responsivity“-Modell. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* (7), S. 12-21.
- Göbbels, Svenja / Ward, Tony / Willis, Gwenda M. (2013): Die Rehabilitation von Straftätern. Das „Good-lives“-Modell. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* (7), S. 122-132.
- Handbuch Strafvollzug der Länder 2011. Die neuen Vollzugsrechte. Die bundeseinheitlichen Vorschriften. Textsammlung (2011). Regensburg: Wal-halla.
- Hanson, R. Karl / Gordon, Arthur / Harris, Andrew J. R. / Marques, Janice R. / Murphy, William / Quinsey, Vernon L. / Seto, Michael C. (2002): First Report of the Collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment for Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14 (2), S. 169-194.
- Hanson, R. Karl / Morton-Bourgon, Kelly (2004): Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis.
Verfügbar unter: http://www.static99.org/pdfdocs/hansonandmorton_bourgon2004.pdf [06.07.2014].
- Hanson, R. Karl / Morton-Bourgon, Kelly E. (2005): The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (6), S. 1154-1163.
- Hanson, R. Karl / Bourgon, Guy / Helmus, Leslie / Hodgson, Shannon (2009): A Meta-Analysis of the Effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: Risk, Need, and Responsivity.
Verfügbar unter: http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/2009-01-trt-so-eng.pdf [07.07.2011].

- Hanson, R. Karl / Bourgon, Guy / Helmus, Leslie / Hodgson, Shannon (2009a): The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior* 36, S. 865-890.
- Hefendehl, Roland (2010): Sozialtherapie: Was der Gesetzgeber wollte und die Praxis macht. Erste Ergebnisse aus einem kriminologischen Forschungsprojekt. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (MschrKrim)* 93 (1), S. 24-41.
- Hill, Andreas / Briken, Peer / Lietz, Klaus / Berner, Wolfgang (2005): Standards der Diagnostik, Behandlung und Prognose bei Sexualstraftätern. In: Schläpke, Detlef / Häbler, Frank / Fegert, Jörg M. (Hrsg.): *Sexualstraftätern. Forensische Begutachtung, Diagnostik und Therapie*. Stuttgart; New York: Schattauer, S. 77-98.
- Hofinger, Veronika (2013): „Desistance from Crime“ – neue Konzepte in der Rückfallforschung. *Neue Kriminalpolitik (NK)* 25 (4), S. 317-325.
- Hollweg, Matthias / Rehder, Ulrich (2002): Dokumentation in sozialtherapeutischen Einrichtungen des deutschen Justizvollzugs. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe (ZfStrVo)* 51 (3), S. 160-163.
- Kröber, Hans-Ludwig (2012): Einzeltherapie von Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* 6, S. 295-296.
- Kröber, Hans-Ludwig (2013): Transparenz und Fairness in der Therapie von Sexualstraftätern in Haft und Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* 7, S. 37-43.
- Kröber, Hans-Ludwig / Bauer, Anja / Jenckel, Julia / Schneider-Njepel, Vera (2013): Haft- und Therapieerfahrungen der Berliner Sicherungsverwahrten. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* 7, S. 164-170.
- Leonhart, Rainer / Maurischat, Carsten (2004): Meta-Analysen auf Primärdatenbasis – Probleme und Lösungsansätze. *Zeitschrift für Evaluation* (1), S. 21-34.
- Lilienfeld, Scott O. (2007): Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science* 2, S. 53-70.
- Lindemann, Claudia (2012): "Die Gefangenen sind nicht das Problem..." – Gelingende Zusammenarbeit der Professionen als Voraussetzung erfolgreicher Sozialtherapie. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): *Therapie von Straftätern und Sicherungsverwahrten in sozialtherapeutischen Einrichtungen. Standards, Praxis, Perspektiven*. Herbolzheim: Centaurus, S. 594-607.

- Löhr, Frank / Legahn, A. (2007): BPS mit lern- und intelligenzgeminderten Sexualstraftätern im Maßregelvollzug. Vortrag auf der Forensik-Tagung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen am 17.03.2007.
Verfügbar unter: http://www.pknds.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Fortbildung/Veranstaltungen/Frank_Loehr.pdf [20.05.2014].
- Löhr, Frank / Wenzlaw, Stefanie (2013): Manual für Lernbehinderte. In: Wischka, Bernd / Rehder, Ulrich / Foppe, Elisabeth (Hrsg.): Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter - revidiertes Manual. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Lösel, Friedrich (1993): Sprechen Evaluationsergebnisse von Meta-Analysen für einen frischen Wind in der Straftäterbehandlung? In: Egg, Rudolf (Hrsg.): Sozialtherapie in den 90er Jahren: Gegenwärtiger Stand und aktuelle Entwicklung im Justizvollzug. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle, S. 21-31.
- Lösel, Friedrich (1994): Meta-analytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In: Steller, Max / Dahle, Klaus-Peter / Basqué, M. (Hrsg.): Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis. Pfaffenweiler: Centaurus, S. 13-34.
- Lösel, Friedrich / Bender, Doris (1997): Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: Steller, Max / Volbert, Renate (Hrsg.): Psychologie im Strafverfahren. Ein Handbuch. Bern: Huber, S. 171-204.
- Lösel, Friedrich (2000): The efficacy of sexual offender treatment: A review of German and international evaluations. In: van Koppen, P. J. / Roos, N. H. M. / Crombag, Hans F. (Hrsg.): Rationality, information and progress in psychology and law. Maastricht, NL: Metajuridica Publications, S. 145-170.
- Lösel, Friedrich / Schmucker, Martin (2005): The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 1 (1), S. 117-146.
- Lösel, Friedrich / Schmucker, Martin (2008): Evaluation der Straftäterbehandlung. In: Volbert, Renate / Steller, Max (Hrsg.): Handbuch der Rechtspsychologie. Göttingen [u. a.]: Hogrefe, S. 160-171.
- Lösel, Friedrich A. / Koehler, Johann A. / Hamilton, Leah / Humphreys, David K. / Akoensi, Thomas D. (2011): Strengthening Transnational Approaches to Reducing Reoffending. Final Report.
Verfügbar unter: http://www.starr-probation.org/uploaded_files/Rep%20STARR%20ENG.pdf [30.07.2014].
- Mann, Ruth E. / Carter, Adam J. (2012): Einige Vorschläge zu Ordnungsprinzipien von Sexualdelinquenz. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / Van

den Boogaart, Hilde (Hrsg.): Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. Herbolzheim: Centaurus, S. 399-417.

Marshall, William L. / Marshall, Liam E. (2007): The utility of the random controlled trial for evaluating sexual offender treatment: the gold standard or an inappropriate strategy? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 19 (2), S. 175-91.

Marshall, William L. / Marshall, Liam E. (2010): Can treatment be effective with sexual offenders or does it do harm? A response to Hanson (2010) and Rice (2010). *Sexual Offender Treatment* 5 (2), S. 1-8.

Marshall, Liam E. / Marshall, William L. (2010a): The Therapist Rating Scale-2.

Verfügbar unter: http://rockwoodpsyc.com/outside/wp-content/uploads/2011/03/TRS-2-Full-Package_May-2010.pdf [30.07.2014].

Marshall, Liam E. / Marshall, William L. (2010b): A Therapist Ratings Scale for Determining Treatment-Induces Change.

Verfügbar unter: http://rockwoodpsyc.com/outside/wp-content/uploads/2011/03/L-E-Marshall_Therapist-Rating-Scale_IATSO-2010.pdf [30.07.2014].

Marshall, William L. / Burton, David L. (2010): The Importance of group processes in offender treatment. *Aggression and Violent Behavior* 15, S. 141-149.

Marques, Janice K. / Wiederanders, Mark / Day, David M. / Nelson, Craig / van Ommeren, Alice (2005): Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment* 17, S. 79-107.

Morawietz, Farina (2012): Behandlungswirksamkeit bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Eine Verlaufsuntersuchung in baden-württembergischen Justizvollzugsanstalten. Heidelberg: Universität Heidelberg (Dissertation). Verfügbar unter: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/13657/1/Dissertation_Morawietz.pdf [20.05.2014].

Morawietz, Farina / Dölling, Dieter (2013): Therapie im "Normalvollzug". In: Dölling, Dieter / Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.): Täter • Taten • Opfer. Grundlagenfragen und aktuelle Probleme der Kriminalität und ihrer Kontrolle. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg, S. 207-216.

Müller, Jürgen L. (2012): Die Regelungen der Sicherungsverwahrung im Lichte des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 04.05.2011 in ihren

- Auswirkungen auf Psychiatrie und Psychotherapie. *Neue Kriminalpolitik* (NK) 24 (2), S. 54-61.
- Niemz, Susanne (2011/2013): Sozialtherapie im Strafvollzug 2011. Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.03.2011/2013. Wiesbaden: KrimZ.
Verfügbar unter: <http://www.krimz.de/texte.html> [22.07.2014].
- Niemz, Susanne (2012): Urteilsabsprachen und Opferinteressen – in Verfahren mit Nebenklagebeteiligung. Baden-Baden: Nomos.
- Ortmann, Rüdiger (2000): The effectiveness of social therapy in prison – A randomized experiment. *Crime & Delinquency* 46, S. 214-232.
- Ortmann, Rüdiger (2002): Sozialtherapie im Strafvollzug. Eine experimentelle Längsschnittstudie zu den Wirkungen von Strafvollzugsmaßnahmen auf Legal- und Sozialbewährung. Freiburg i. Br.: Ed. iuscrim.
- Pecher, Willi / Stark, Alex (2012): Zur therapeutischen Beziehung bei der Behandlung von Straftätern. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / Van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. Herbolzheim: Centaurus, S. 377-397.
- Rehn, Gerhard (2001): „Wer A sagt...“ Haftplätze und Haftplatzbedarfe in Sozialtherapeutischen Einrichtungen. In: Rehn, Gerhard / Wischka, Bernd / Lösel, Friedrich / Walter, Michael (Hrsg.): Behandlung „gefährlicher Straftäter“. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus, S. 264-275.
- Rehn, Gerhard (2001a): Chancen und Risiken – Erwartungen an das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten. In: Rehn, Gerhard / Wischka, Bernd / Lösel, Friedrich / Walter, Michael (Hrsg.): Behandlung „gefährlicher Straftäter“. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus, S. 26-35.
- Rehn, Gerhard (2002): Sozialtherapie im Strafvollzug – Alte und neue Visionen. *Kriminalpädagogische Praxis* 42, S. 23-35.
- Rehn, Gerhard (2012): Sozialtherapie im Justizvollzug – eine kritische Bilanz. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / Van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. Herbolzheim: Centaurus, S. 32-80.
- Rehn, Gerhard (2013): Anmerkungen zur Sicherungsverwahrung und zu der Frage, ob ihr Ersatz durch eine Maßregel „Sozialtherapeutische Anstalt“ zufrieden stellen könnte. (unveröffentlichtes Manuskript)

- Rettenberger, Martin (2013): Wie wirksam ist die Sozialtherapie? Aktuelle empirische Ergebnisse und zukünftige Herausforderungen der forensischen Evaluationsforschung. Vortrag bei der 14. überregionalen Fachtagung Sozialtherapeutischer Einrichtungen im Justizvollzug in Lübeck vom 16. bis 18. Oktober 2013.
- Rice, Marnie E. / Harris, Grant T. / Cormier, Catherine A. (1992): An Evaluation of a Maximum Security Therapeutic Community for Psychopaths and Other Mentally Disordered Offenders. *Law & Human Behavior* 16 (4), S. 399-412.
- Rice, Marnie E. / Harris, Grant T. (2013): Treatment for Adult Sex Offenders – May we Reject the Null Hypothesis? In: Harrison, K. / Rainey, B. (Hrsg.): *The Wiley-Blackwell Handbook of Legal and Ethical Aspects of Sex Offender Treatment and Management* Chichester: Wiley, S. 219-235.
- Rösler, Ariel / Witztum, Eliezer (2000): Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioral Science and Law* 18 (1), S. 43-46.
- Ross, Robert R. / Fabiano, Elizabeth / Ewles, Crystal D. (1988): Reasoning and Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 32, 29-36.
- Sampson, Robert J. (2010): Gold Standard Myths: Observations on the Experimental Turn in Quantitative Criminology. *Journal of Quantitative Criminology* 26, S. 489-500.
- Schäfer, Jörg (2013): Der Therapiewunsch und die Realität der Vollzugsanstalt. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* 7, S. 157-163.
- Schmitt, Günter (1978): Die Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen in der sozialtherapeutischen Anstalt. *Zeitschrift für Strafvollzug* 27, S. 146-153.
- 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: Egg, Rudolf (Hrsg.): *"Gefährliche Straftäter": Eine Problemgruppe der Kriminalpolitik?* Wiesbaden: KrimZ, S. 129-152.
- Schmucker, Martin / Lösel, Friederich (2008): Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 20 (1), S. 10-19.

- Schüler-Springorum, Horst (2003): Sexualstraftäter-Sozialtherapie. *Goldammer's Archiv für Strafrecht* 150, S. 575-594.
- Schwedler, Andreas / Schmucker, Martin (2012): Verlaufsmessung im sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug – Wie sinnvoll sind allgemeine Persönlichkeitsmaße? *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (MschrKrim)* 95 (4), S. 269-280.
- Schwedler, Andreas / Wößner, Gunda (2013): Veränderungen kriminogener Faktoren bei Sexual- und Gewaltstraftätern in Sozialtherapie und Regelvollzug. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK)* 7 (1), S. 47-55.
- Seifert, Simone / Thyrolf, Anja (2010): Das Klima im Strafvollzug. Eine Befragung von Gefangenen einer sozialtherapeutischen Einrichtung. *Neue Kriminalpolitik (NK)* 22 (1), S. 23-31.
- Seifert, Simone (2014): Der Umgang mit Sexualstraftätern. Bearbeitung eines sozialen Problems im Strafvollzug und Reflexion gesellschaftlicher Erwartungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Seto, Michael C. / Marques, Janice K. / Harris, Grant T. / Chaffin, Mark / Lalumière, Martin L. / Miner, Michael H. / Berliner, Lucy / Rice, Marnie E. / Lieb, Roxanne / Quinsey, Vernon L. (2008): Good Science and Progress in Sex Offender Treatment Are Intertwined. A response to Marshall and Marshall (2007). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 20 (3), S. 247-255.
- Shea, Beverly J. / Grimshaw, Jeremy M. / Wells, George A. / Boers, Maarten / Andersson, Neil / Hamel, Candyce / Porter, Ashley C. / Tugwell, Peter / Moher, David / Bouter, Lex M. (2007): Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 7 (10), S. 7-10.
- Shea, Beverly J. / Hamel, Candyce / Wells, George A. / Bouter, Lex M. / Kristjansson, Elizabeth / Grimshaw, Jeremy / Henry, David A. / Boers, Maarten (2010): AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 62, S. 1013-1020.
- Sherman, Lawrence W. / Gottfredson, Denise C. / MacKenzie, Doris L. / Eck, John / Reuter, Peter / Bushway, Shawn D. (1997): Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. A report to the United States Congress.
Verfügbar unter: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/165366NCJRS.pdf> [06.07.2014].

- Sherman, Lawrence W. / Gottfredson, Denise C. / MacKenzie, Doris L. / Eck, John / Reuter, Peter / Bushway, Shawn D. (1998): Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
Verfügbar unter: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/171676.PDF> [06.07.2014].
- Spöhr, Melanie (2009): Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Suhling, Stefan (2008): Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug: Prinzipien wirksamer Behandlung. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe 19, S. 330-335.
- Suhling, Stefan / Wischka, Bernd (2008): Indikationskriterien für die Verlegung von Sexualstraftätern in eine sozialtherapeutische Einrichtung. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (MschrKrim) 91 (3), S. 210-226.
- Suhling, Stefan / Rehder, Ulrich (2009): Zum Zusammenhang zwischen Vollzugslockerungen, Unterbringung im offenen Vollzug und Legalbewährung bei Sexualstraftätern. Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK) 3, S. 37-46.
- Suhling, Stefan / Köhler, Antje / Bernardi, Cornelia (2009): Soziales Klima, Behandlungsmotivation und Behandlungserfolg in Sozialtherapeutischen Einrichtungen des Justizvollzugs und im Maßregelvollzug. In: Saimeh, Nahlah (Hrsg.): Motivation und Widerstand. Herausforderungen im Maßregelvollzug. 24. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie, 4. bis 6. März 2009. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 211-228.
- Suhling, Stefan (2011): Zur Organisation von Behandlung im Strafvollzug: Entwicklungen in Niedersachsen und Überlegungen zur Wirksamkeit. Praxis der Rechtspsychologie 21 (1), S. 6-22.
- Suhling, Stefan (2012): Evaluation der Straftäterbehandlung und der Sozialtherapie im Strafvollzug: Ansätze zur Bestimmung von Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / Van Den Boogaart, Hilde (Hrsg.): Therapie von Straftätern und Sicherungsverwahren in sozialtherapeutischen Einrichtungen. Standards, Praxis, Perspektiven. Herbolzheim: Centaurus, S. 162-232.
- Suhling, Stefan / Wischka, Bernd (2013): Behandlung in der Sicherungsverwahrung. Kriminalpädagogische Praxis (KrimPäd) 41 (49), S. 47-61.
- Suhling, Stefan / Keßler, Susanne (2014): Sozialtherapeutische Behandlung im Jugendstrafvollzug: Ein Überblick. Vortrag auf dem 29. Jugendgerichtstag vom 14. bis 17. September 2013 in Nürnberg.

- Statistisches Bundesamt (2014a): Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres. Wiesbaden.
Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahrtePDF_5243201.pdf?__blob=publicationFile [13.05.2014].
- Statistisches Bundesamt (2014b): Rechtspflege. Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31. März 2013. Wiesbaden: Fachserie 10, Reihe 4.1.
Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug2100410137004.pdf?__blob=publicationFile [13.05.2014].
- Thalmann, Thomas (2013): Therapiehemmnisse bei Straftätern. Aus der Sicht eines Praktikers. Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK) 7, S. 171-176.
- Tischler, Joachim (2011): Erstellung von Meta-Analysen. Methodik der empirischen Forschung.
Verfügbar unter: http://www.bwl.uni-kiel.de/bwlinstitute/grad-kolleg/new/typo3conf/ext/naw_securedl/secure.php?u=0&file=/fileadmin/publications/pdf/Methodik_der_empirischen_Forschung_-_Meta-Analysen_-_Joachim_Tischler.pdf&t=1341205968&hash=f4c3024ebf666c3ab328b8fd4d98554 [17.07.2014].
- van den Boogaart, Hilde (2012): Varietas delectat – Vielfalt erfreut? Die Sozialtherapie in den Landesstrafvollzugsgesetzen. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. Herbolzheim: Centaurus, S. 81-100.
- van den Boogaart, Hilde (2014): Ein gutes Klima ist nicht alles – ohne gutes Klima ist alles nichts. Warum sprechen wir so wenig über die therapeutische Gemeinschaft? Forum Strafvollzug (4), S. 227-229.
- Vietor, Marcel (2012): Sozialtherapie für junge Gefangene im bayerischen Strafvollzug Hamburg: Kovač.
- Wienhausen-Knezevic, Elke / Wößner, Gunda (2013): Jugendliche und heranwachsende Sexual- und Gewaltstraftäter in der Sozialtherapie. In: Wößner, Gunda / Hefendehl, Roland / Albrecht, Hans-Jörg (Hrsg.): Sexuelle Gewalt und Sozialtherapie. Bisherige Daten und Analysen zur Lang-

- zeitstudie „Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen“. Berlin: Duncker & Humblot, S. 169-188.
- Willis, Gwenda M. / Yates, Pamela M. / Gannon, Theresa A. / Ward, Tony (2012): 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*, S. 1-20.
- Wirth, Wolfgang (2001): Dokumentation der Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen. Skizze eines empirischen Forschungsprojekts. *Bewährungshilfe* 48 (3), S. 251-256.
- Wischka, Bernd (2001): Was wirkt? Sozialtherapie für Sexualstraftäter. *Kriminalpädagogische Praxis (KrimPäd)* 29 (40), S. 27-34.
- Wischka, Bernd / Specht, Friedrich (2001): Integrative Sozialtherapie – Mindestanforderungen, Indikation und Wirkfaktoren. In: Rehn, Gerhard / Wischka, Bernd / Lösel, Friedrich / Walter, Michael (Hrsg.): *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. Herbolzheim: Centaurus, S. 249-263.
- Wischka, Bernd / Foppe, Elisabeth / Griepenburg, Peter / Nuhn-Naber, Carmen / Rehder, Ulrich (2002): *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)*. Lingen: Selbstverlag.
- Wischka, Bernd (2005): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) in der Praxis. In: Wischka, Bernd / Rehder, Ulrich / Specht, Friedrich / Foppe, Elisabeth / Willems, Ralf (Hrsg.): *Sozialtherapie im Justizvollzug: Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, S. 208-228.
- Wischka, Bernd (2011): Tätertherapie braucht Erprobungsräume innerhalb und außerhalb der Mauern! *Kriminalpädagogische Praxis (KrimPäd)* 39 (47), S. 37-47.
- Wischka, Bernd (2012): Zur Notwendigkeit von Erprobungsräumen bei der Behandlung von Straftätern innerhalb und außerhalb der Mauern. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / Van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*. Herbolzheim: Centaurus, S. 487-509.
- Wischka, Bernd (2014): *Entwicklung und Evaluation eines Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS) im Kontext integrativer Sozialtherapie*. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:hil2-opus-2196> [09.07.2014].

- Wößner, Gunda (2002): Behandlung, Behandelbarkeit und Typisierung von Sexualstraftätern. Ergebnisse einer bundesweiten Expertenbefragung. Verfügbar unter: <http://www.mpicc.de/shared/data/pdf/a3.pdf> [17.03.2011].
- Wößner, Gunda / Wienhausen-Knezevic, Elke (2012): Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug: "Erkennen, woher das eigentlich alles kommt: das Geseufte, das Kriminellwerden, wie so etwas entstehen kann, wie ich meine Straftaten rechtfertige....!". Führungsakademie im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges Newsletter (Nr. 17), S. 10-13.
- Wößner, Gunda / Wienhausen-Knezevic, Elke (2013): No country for young men – Ausbildung und Beruf vor, während und nach der Inhaftierung im Jugendstrafvollzug. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (MschKrim) 96 (6), S. 477-495.
- Wößner, Gunda / Brinkmann, Michael (2013): Im Fokus: Das sozialtherapeutische Behandlungskonzept der JVA Waldheim. In: Wößner, Gunda / Hefendehl, Roland / Albrecht, Hans-Jörg (Hrsg.): Sexuelle Gewalt und Sozialtherapie. Bisherige Daten und Analysen zur Langzeitstudie „Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen". Berlin: Duncker & Humblot, S. 91-106.
- Wößner, Gunda / Wienhausen-Knezevic, Elke / Rauschenbach, Jana (2013): Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug – und dann? In: Dölling, Dieter / Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.): Täter • Taten • Opfer. Grundlagenfragen und aktuelle Probleme der Kriminalität und ihrer Kontrolle. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg, S. 643-671.
- Wößner, Gunda (2014): Wie kann man in der Sozialtherapie Therapieerfolg feststellen oder messen? Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK) 8, S. 49-58.
- Wößner, Gunda / Schwedler, Andreas (2014): Correctional Treatment of Sexual and Violent Offenders: Therapeutic Change, Prison Climate, and Recidivism. Criminal Justice and Behavior. doi: 10.1177/0093854813520544.
- Yoon, Dahlnym / Motekallemini, Samira / Rettenberger, Martin / Briken, Peer (2013): Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern. Möglichkeiten und Unmöglichkeiten. Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK) 7, S. 177-182.
- Zimmermann, Till (2013): Das neue Recht der Sicherungsverwahrung (ohne JGG). Höchststrichterliche Rechtsprechung Strafrecht (HRRS) 14 (5), S. 164-178.

H. Anhang

H.1 Auswertungsschemata der Behandlungskonzepte

Anstalt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Titel: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Präsentation

- | | | |
|---|-------|--------|
| ▪ Version vom | _____ | Datum |
| ▪ Umfang | _____ | Seiten |
| ▪ Anzahl Abb., Grafiken, Tabellen, Übersichten etc. | _____ | Anzahl |
| ▪ Gesamteindruck | _____ | |

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Basiskonzept

- Behandlungsphilosophie Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
-
-

- | | |
|------------------------------------|---|
| ▪ psychotherapeutische Ausrichtung | ☐ kognitiv-behavioral |
| | ☐ tiefenpsychologisch |
| | ☐ psychoanalytisch |
| | ☐ anderes: <u>Ausrichtung</u> |
| ▪ Zielgruppe | ☐ Männer
☐ Frauen
☐ Jugendliche |
| | ☐ ausschließlich Sexualstraftäter
☐ ausschließlich Gewaltstraftäter
☐ gemischt |

- Aufnahmekriterien

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

▪ Ausschlusskriterien

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Struktur

▪ Behandlungsplätze

▪ Wohngruppen

Anzahl

Anzahl

▪ getrennte Räume/Zeiten für Freizeit

☐ ja☐ nein

▪ getrennte Räume/Zeiten für Sport

☐ ja☐ nein

▪ getrennte Räume/Zeiten für Arbeit/Schule

☐ ja☐ nein

▪ gemeinsam verbrachte Zeit mit Normalvollzug (in Std. pro Tag)

Dauer

▪ ausschließlich Einzelhafräume

☐ ja☐ nein**Personal**

Anzahl	davon Zusatzqual.	Berufsgruppen	Aufgabenbereiche
Anzahl	Anzahl	Psychologen	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Anzahl	Anzahl	Sozialpädagogen	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Anzahl	Anzahl	Sozialarbeiter	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Anzahl	Anzahl	Mediziner/Psychiater	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Anzahl	Anzahl	AVD	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

▪ Betreuungsverhältnis

gehobener/höherer Dienst

X : X

AVD X : X

▪ Fortbildung ☐☐ intern☐ extern▪ Supervision ☐☐ intern☐ extern

▪ Häufigkeit der Supervisionen Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Behandlung

▪ Behandlungsdauer

Dauer

▪ Möglichkeit kurzzeitiger Unterbrechung

☐ ja☐ nein

▪ Rückverlegungsgründe

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ▪ Vorbereitungsphase | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Aufnahme auf Probe | ☐ ja | ☐ nein |
| ☑ Herstellung von Behandlungsmotivation | ☐ ja | ☐ nein |

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ▪ ggf. ergänzende Eingangsdiagnostik | ☐ ja | ☐ nein |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| ▪ Behandlungsphase | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Abbau v. Leugnungs- und Bagatellisierungstendenzen etc. | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Aufbau sozialer Kompetenzen, Selbstkritikfähigkeit etc. | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Gruppentherapie | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Einzeltherapie | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Entlassungsphase | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Rückfallprognostik | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Prognoseinstrumente | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| ▪ Rückfallpräventionsplanung | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Kontaktaufnahme zu externen Einrichtungen | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Entlassungsbegutachtung | ☐ intern | ☐ extern |
| ▪ Nachsorgephase | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Kriseninterventionen | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Wiederaufnahme auf freiwilliger Grundlage | ☐ ja | ☐ nein |

Sozialtherapeutische Maßnahmen

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ▪ Förderung prosozialen Verhaltens, Denkmuster, Fähigkeiten etc. | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Aufbau tragfähiger emotionaler Beziehungen | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Einbeziehung Angehöriger und Freunde (soziales Netzwerk) | ☐ ja | ☐ nein |

Gruppentherapeutische Maßnahmen

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| ▪ integrativ | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ Angebot spezieller Programme | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| ▪ geleitet von | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| ▪ soziales Training | ☐ ja | ☐ nein |
| ▪ geleitet von | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |

Einzeltherapeutische Maßnahmen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- geleitet von Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
- Angebot spezieller Programme Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
- Interventionen möglich ☐ ja ☐ nein

Pädagogische Maßnahmen

- (Aus-)Bildungsangebot

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Lehrkräfte ☐ intern ☐ extern ☐ keine
- externe Bildungseinrichtungen ☐ ja ☐ nein

- Arbeitsangebot

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Sport- und Freizeitmaßnahmen

- Freizeit-/Kulturangebote und Häufigkeit

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Mitwirkung der Patienten bei Planung ☐ ja ☐ nein
- Sportangebote ☐ intern ☐ extern ☐ keine
- ☐ Individualsport ☐ Gemeinschaftssport

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Medienangebote

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- religiöse Angebote

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vollzugslockerungen

- Prüfungsverfahren (Standard)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Prüfungsverfahren (besondere Gefährdung)

- eigene Einteilung von Lockerungszeitkontingenten

☐ ja

☐ nein

Rechte und Pflichten der Gefangenen

- geregelter Tagesablauf (Wochenplan)
- Überwachung von Besuchen und Kommunikation nach außen
- Mitgestaltung der Räume/Anlage
- Tragen privater Kleidung
- selbstverantwortliche Ordnung und Hygiene
- Nutzung der Gemeinschaftsküche
- Bargeldbesitz
- Einkaufsmöglichkeiten außerhalb der Einrichtung
- Ansprechpartner für Beschwerden, Probleme etc.
- Mediation
- Wohngruppensitzungen

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

Dokumentation

- tägliche Einsatzbesprechung
- wöchentliche Allgemeinkonferenz
- regelmäßige Behandlungskonferenz zu jedem Insassen
- Behandlungsdokumentation
 - Behandlungsakte für jeden Insassen
 - einheitlicher, verbindlicher Aufbau der Akte

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

Evaluation

- Evaluation

☐ intern

☐ extern

☐ keine

- Häufigkeit

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Gegenstand der Evaluation

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Offene Fragen, Anmerkungen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

H.2 Zusatzfragen zur KrimZ-Stichtagserhebung am 31.03.2011

TEIL IV: ZUSATZFRAGEN (nur dieses Jahr)				
Wer prüft die Verlegung eines Gefangenen in die sozialtherapeutische Einrichtung? Mehrfachnennungen möglich!				
Zentrale Einweisungsabteilung	☐	Stamm-/Regelanstalt		☐
Vollzugsbehörde	☐	sozialtherapeutische Einrichtung		☐
Justizministerium	☐	Sonstige.....		☐
Wie erfolgt die hausinterne Zuordnung eines Gefangenen zur Wohngruppe? Mehrfachnennungen möglich!				
Zuweisung nach Deliktgruppen	☐	Zuweisung nach Kapazitäten		☐
Zuweisung nach Behandlungsprogramm	☐	Es gibt nur eine sozialtherapeutische Wohngruppe		☐
Sonstige Regelung				☐
Wann werden welche (Prognose-)Instrumente herangezogen? Mehrfachnennungen möglich!				
	zur Zuweisung	beim Zugang	während der SothA (z. B. Lockerungen)	zur Entlassung
Level of Service Inventory-Revised (LSI-R / LSI-R:SV)	☐	☐	☐	☐
Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)	☐	☐	☐	☐
Historical Clinical Risk (HCR-20)	☐	☐	☐	☐
Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern (RRS nach Rehder)	☐	☐	☐	☐
Psychopathie Checklist-Revised (PCL-R / PCL:SV)	☐	☐	☐	☐
Static 99 / 2002	☐	☐	☐	☐
Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System (FOTRES nach Urbaniok)	☐	☐	☐	☐
Kriterienorientierte Prognoseliste nach Wulf	☐	☐	☐	☐
Kriterienorientierte Prognoseliste nach Dittmann	☐	☐	☐	☐
Kriterienorientierte Prognoseliste nach Nedopil	☐	☐	☐	☐
Kriterienorientierte Prognoseliste nach Rasch	☐	☐	☐	☐

sonstige (bitte spezifizieren)	☐	☐	☐	☐
sonstige (bitte spezifizieren)	☐	☐	☐	☐
Auf welche Daten stützen sich die Diagnose bzw. Prognose und wer hat sie erhoben? Mehrfachnennungen möglich!				
	Psychologe / Mediziner	Sozialarbeiter	AVD / Werk- dienst	Sonstige
Explorationsgespräche	☐	☐	☐	☐
Verhaltensbeobachtung	☐	☐	☐	☐
Checklisten	☐	☐	☐	☐
Aktenanalyse	☐	☐	☐	☐
standardisierte Testver- fahren	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	.....	.....	.....	.....
Anmerkungen				
.....				
.....				
Welche (Gruppen-)Behandlungsprogramme finden in Ihrer SothA Anwendung? Mehrfachnennungen möglich! Mit * gekennzeichnete Programme bitte in den Anmerkungen kurz erläutern!				
Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)	☐	Gruppenprogramm Soziale Ver- antwortung (GSV)*	☐	
Sex Offender Treatment Programme (SOTP)	☐	Naikan (Schweigeseminar)*	☐	
Behandlungsprogramm für Gewaltstraftä- ter (BPG)	☐	Sonstiges (bitte spezifizieren)*	☐	
Anti-Aggressivitäts-Training (AAT)*	☐	Sonstiges (bitte spezifizieren)*	☐	
Anmerkungen				
.....				
.....				

Kooperation mit ambulanten therapeutischen Nachsorgeeinrichtungen			
Name der Institution(en)	.....		
Anschrift	..... .....		
Name des/r Leiters/in	.....		
Telefon	.....		
Email	.....		
Anmerkungen			
.....			
EVALUATION / FORSCHUNG			
Gab es innerhalb der letzten 5 Jahre empirische Erhebungen (= Projekte inkl. Abschlussarbeiten) in Ihrer Einrichtung?	laufend ☐	abgeschlossen/abgebrochen ☐	bisher noch keine ☐
Anzahl der Arbeiten	.....	.....	XXXXXXXX
Anzahl der Ergebnisberichte (Publikationen, Zwischen- und Endberichte) Bitte übersenden!	.....	.....	XXXXXXXX
Angaben zum/r Projektleiter/in des Projekts			
Bitte Titel nennen!			
Name, Vorname	.....		
Institution	.....		
Telefon	.....		
Email	.....		

Angaben zum/r Projektleiter/in des Projekts Bitte Titel nennen!	
Name, Vorname	.....
Institution	.....
Telefon	.....
Email	.....
Angaben zum/r Projektleiter/in des Projekts Bitte Titel nennen!	
Name, Vorname	.....
Institution	.....
Telefon	.....
Email	.....
Angaben zum/r Projektleiter/in des Projekts Bitte Titel nennen!	
Name, Vorname	.....
Institution	.....
Telefon	.....
Email	.....

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

H.3 Zusatzfragen zur KrimZ-Stichtagserhebung am 31.03.2012

TEIL IV: ZUSATZFRAGEN (nur dieses Jahr)		
Welche psychotherapeutische Ausrichtung besitzt Ihre Einrichtung? Mehrfachnennungen möglich!		
kognitiv-behavioral ☐	psychoanalytisch ☐	
tiefenpsychologisch ☐	Sonstige..... ☐	
Welche psychotherapeutische Ausbildung haben die approbierten bzw. die sich in Ausbildung befindlichen Psychologen?		
Ausbildungsrichtung	Anzahl in Ausbildung	Anzahl Approbierte
kognitiv-behavioral		
tiefenpsychologisch		
psychoanalytisch		
Welchen psychotherapeutischen Hintergrund und welche Aufgaben hat der/die therapeutische Leiter/in?		
	☐ approbiert	☐ nicht approbiert ☐ in Ausbildung
Aufgaben/Funktionen	..... ..... .....	
Setzen Sie zur Diagnostik der (dynamischen) Risikomerkmale bzw. Behandlungsziele psychodiagnostische Instrumente (z. B. PFI, FAF) und/oder standardisierte Prüfinstrumente (z. B. PCL, HCR, Dittmann-Kriterien) ein?		
☐ nein	☐ ja	→ wenn ja, welche?
		
Anmerkungen		
.....		

RECHTE UND PFLICHTEN DER SOTHA-GEFANGENEN (bei sozialtherapeutischen Abteilungen im Vergleich zum Normalvollzug)				
Recht bzw. Pflicht des SothA-Gefangenen	Prinzipielle Möglichkeit als SothA-Gefangener		Unterschiede innerhalb der SothA-WG	Unterschiede zw. SothA und Normalvollzug
Aufschluss (Mo bis Fr)	von.....Uhr bis.....Uhr		☐	☐
Aufschluss (Sa, So, feiertags)	mind. Std./Tag und max. Std./Tag		☐	☐
Hofgang (Mo bis Fr)	mind. Std./Tag	max. Std./Tag	☐	☐
Hofgang (Sa, So, feiertags)	mind. Std./Tag	max. Std./Tag	☐	☐
Überwachung von Besuchen und Kommunikation nach außen	Ja ☐	Nein ☐	☐	☐
Besuchsregelung und -umfang	Min. ... Std. pro Monat	Max. ... Std. pro Monat	☐	☐
Möglichkeit des Langzeitbesuchs	Ja ☐	Nein ☐	☐	☐
Ausführungs- und Ausgangsumfang (Freizeit)	Min. ... Std. pro Monat	Max. ... Std. pro Monat	☐	☐
Bargeldbesitz	Ja ☐	Nein ☐	☐	☐
Eigener Haftraumschlüssel	Ja ☐	Nein ☐	☐	☐
Tragen privater Kleidung	Ja ☐	Nein ☐	☐	☐
Uniformierung der Bediensteten	Ja ☐	Nein ☐	☐	☐
BESCHAEFTIGUNG und FREIZEIT				
Wie viele der Gefangenen sind am 31.03.2012 beschäftigt?	Gesamt	Innerhalb der SothA = ...	Innerhalb des Normalvollzugs + ...	Außerhalb der Anstalt + ...

Wie viele der Gefangenen sind am 31.03.2012 NICHT beschäftigt?	Gesamt	verschuldet ohne Beschäftigung = ...	unverschuldet ohne Beschäftigung + ...	von der Beschäftigung freigestellt + ...
Wie viele Stunden beträgt die tägliche Beschäftigungszeit?			Min. Std./Tag Max. Std./Tag	
Werden (verpflichtende) Therapiesitzungen während der üblichen Arbeitszeit entsprechend entlohnt?			Ja ☐	
Anmerkungen				
.....				
.....				
.....				
Welche (geleiteten) Freizeitangebote können von den SothA-Gefangenen wahrgenommen werden?				
Angebot	Häufigkeit und jeweilige Dauer	SothA-intern SothA-extern		
.....		☐ ☐		
.....		☐ ☐		
.....		☐ ☐		
.....		☐ ☐		
.....		☐ ☐		
.....		☐ ☐		
Wie viel Zeit pro Tag kann bzw. muss ein beschäftigter SothA-Gefangener gemeinsam mit Gefangenen des Normalvollzugs verbringen?				
mindestens Stunden pro Woche sind unvermeidbar		Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Angabe Ausbildungs-, Beschäftigungszeiten sowie Freizeitangebote!		
maximal Stunden pro Woche sind möglich				

THERAPIE		
Welche Mitarbeiter sind am 31.03.2012 in der SothA therapeutisch bzw. behandlerisch tätig? Bitte geben Sie unter Profession die eigentliche Vollzugsfunktion der Mitarbeiter und unter (Zusatz-) Qualifikation den therapeutischen Ausbildungsstand an (bei Psychologen nicht die Ausbildungsrichtung)!		
Anzahl	Profession	(Zusatz-)Qualifikation
Wie viele strukturierte Behandlungsstunden finden pro Woche pro Person statt?		
Einzeltherapie (bei Psychologen)	Mindestens..... Std. wöchentlich pro Person verpflichtend Maximal Std. wöchentlich pro Person möglich	
Einzelgespräch (nicht bei Psychologen)	Mindestens..... Std. wöchentlich pro Person verpflichtend Maximal Std. wöchentlich pro Person möglich	
Gruppentherapie	Mindestens..... Std. wöchentlich pro Person verpflichtend Maximal Std. wöchentlich pro Person möglich	
Wohngruppensitzung	Mindestens..... Std. wöchentlich pro Person verpflichtend Maximal Std. wöchentlich pro Person möglich	
Sonstiges:	Mindestens..... Std. wöchentlich pro Person verpflichtend Maximal Std. wöchentlich pro Person möglich	

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

H.4 Untersuchungsdesigns der (Evaluations-)Projekte

BADEN-WÜRTTEMBERG Stichtagserhebung zur Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug von Baden-Württemberg (justizintern)	
Ort	Justizvollzugsanstalten Baden-Württemberg und Sozialtherapeutische Anstalt Hohenasperg
Beteiligte Personen	Dr. Joachim Obergfell-Fuchs, Kriminologischer Dienst Baden-Württemberg
Art der Forschung	Auftragsforschung; deskriptive Studie
Ziel	Differentielle Beschreibung inhaftierter Sexualstraftäter nach biographischen und kriminologischen Merkmalen Welche Sexualstraftäter werden von Therapieangeboten erreicht?
Fragestellungen	1. Welche Gruppen werden durch Fragestellungen erreicht? 2. Welche Gruppen weigern sich? 3. Wie erfolgt die Zuweisung zur Behandlung? 4. Was bedingt eine Rückverlegung? 5. Wie ist der Behandlungsbedarf?
Evaluierte Behandlungsform(en)	kVT, soziales Training, tiefenpsychologische/psychoanalytische Therapie, schulische und berufliche Maßnahmen, sonstige: Methodenmix
Laufzeit / Follow-Up	Oktober 2002-(2008; ist nicht abgeschlossen worden)
Design	deskriptive Untersuchung, Vollerhebung
Datenmaterial	Expertenerhebung, d. h. Experten beantworteten standardisierte Fragebögen über die Sexualstraftäter → wenig valide, da subjektiv und teilweise in sich widersprüchlich
Rückfalldefinition	<i>geplant:</i> erneute Verurteilung, Inhaftierung durch BZR Unterscheidung nach Hauptdeliktgruppen
Stichprobe	Vollerhebung am 22.10.2002 alle wegen Sexualstraftaten am Stichtag im Vollzug Einsitzenden (n=490)
Behandlungsabbruch	Behandlungsabbrecher bleiben in Vollerhebung Gründe für Behandlungsabbruch werden erfasst, sollen kategorisiert werden
Auswertung	uni- und multivariat fehlende Werte: fallweiser Ausschluss
Einflussfaktoren	Basisangaben zum therapeutischen Personal

Inhalt:

Die Behandlungs- und Vollzugsverläufe werden dokumentiert, um die Frage zu beantworten, welche Gefangenen, die wegen Sexualstraftaten Freiheitsstrafen (einschl. Jugendstrafen) verbüßen oder bei denen die Sicherungsverwahrung vollzogen wird, von den derzeitigen Therapieangeboten erreicht werden und welche nicht. Es handelt sich um eine Totalerhebung aller am Stichtag (22.10.2002) wegen Sexualstraftaten Inhaftierten.

BAYERN Prospektive Rückfallstudie über aus dem bayerischen Strafvollzug entlassene Sexualstraftäter (justizintern)	
Ort	sozialtherapeutische Einrichtungen: Amberg, Bayreuth, Kaisheim, Straubing, Landsberg, München, Würzburg
Beteiligte Personen	Dr. Johann Endres, Kriminologischer Dienst Bayern
Art der Forschung	Eigenprojekt; Ergebnisevaluation
Ziel	Evaluation der Sexualtäter-Therapie
Fragestellungen	1. Feststellung der Therapieeffekte 2. Modellierung des Rückfalls 3. Deskription der Unbehandelten
evaluierte Behandlungsform(en)	kVT; tiefenpsychologische Therapie; sonstige Sozialtherapie mit jeweiligem Behandlungskonzept
Laufzeit/ Follow-Up	Januar 2004 – Dezember 2013 / ab Januar 2004 (unterschiedliche Follow-Up-Zeiträume) → ab 2012 für die SothA-Teilnehmer Ersatz durch Basisdokumentation; die Unbehandelten sollen weiter mit dem bisher verwendeten Erhebungsbogen erfasst werden
Design	Vollerhebung quasi-experimentell unbehandelte Kontrollgruppe (KG) + KG mit alternativer Behandlung nicht randomisiert mit stratifiziertem Matching
Datenmaterial	Interviews, Beobachtung der Pbn, psychologische Tests, psychiatrische Gutachten, Therapieakten, Gefangenenpersonalakten, Gerichtsurteile, BZR
Rückfalldefinition	erneute Verurteilung, Inhaftierung durch BZR Unterscheidung Gewaltdelikt, Sexualdelikt, sonstiges
Stichprobe	BG: Sexualstraftäter, die ab 01/2004 nach Sozialtherapie entlassen wurden KG: Sexualstraftäter, die ohne Sozialtherapie entlassen wurden (gepl.: je 500) Bisher Daten von 1.097 Fällen: jeweils ca. zur Hälfte Behandelte und Unbehandelte
Behandlungsabbruch	Behandlungsabbrecher als separate Gruppe und Teil der Behandlungsgruppe Gründe für Behandlungsabbruch werden erfasst
Auswertung	Kategorienbildung entsprechend Static-99, SVR-20 uni- und multivariat fehlende Werte: fallweiser Ausschluss oder Ersetzung durch Mittelwert

Inhalt:

Über einen Zeitraum von fünf Jahren werden bei allen aus dem bayerischen Strafvollzug entlassenen Sexualstraftätern die bekannten Prädiktoren des Rückfalls sowie weitere wesentliche Merkmale der Gefangenen, ihrer Delikte, des Haftverlaufs und der Entlassungs-

situation erhoben. Zu einem späteren Zeitpunkt wird die Rückfälligkeit aufgrund der Einträge im Bundeszentralregister erhoben.

Veröffentlichungen:

Endres, Johann (2011): Treatment refusers and dropouts in a large sample of German sexual offenders. Vortrag auf der DFP Conference in Portsmouth am 23.06.2011 (unveröffentlicht).

Endres, Johann / Breuer, Maike M. (2014): Leugnen bei inhaftierten Sexualstraftätern. Ursachen, Korrelate und Konsequenzen. Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie (FPPK) (8); DOI: 10.1007/s11757-014-0271-6.

BAYERN	
R & R und SKT in sozialtherapeutischer Behandlung (justizintern)	
Ort	JVA Bayreuth
Beteiligte Personen	Florian Schwanengel, JVA Bayreuth
Art der Forschung	Eigenprojekt → umfangreichere Evaluation bezüglich therapienaher Variablen ist beabsichtigt
Ziel	explorative Evaluation des R & R als Vorstudie zur Qualitätssicherung und Reflektion der eigenen Arbeit
Fragestellungen	1. Vergleich verschiedener Behandlungen 2. Feststellung der Therapieeffekte
evaluierte Behandlungsform(en)	R & R (kognitiv-behaviorales Skilltraining, keine Psychotherapie) SKT – Soziales Kompetenztraining (Wartekontrollgruppe, d. h. die SKT-Teilnehmer durchliefen nach Abschluss der Evaluation auch das R&R-Training) → Vergleich zwischen den beiden Trainings (7 Probanden pro Gruppe; wöchentlich 1,5 Stunden)
Laufzeit	Prätest im Mai 2008 Posttest im Juni 2009
Design	quasi-experimentell: Zuordnungskriterium ist die zeitliche Aufnahme-reihenfolge R&R-Gruppe + KG mit alternativer Behandlung (SKT)
Datenmaterial	psychologische Tests: IRI, BDI, FPI-R, FKBS, SVF, FAF, IE-SV-F
Stichprobe	Alle SothA-Zugänge (Sexualstraftäter) innerhalb eines bestimmten Zeitraums
Behandlungsabbruch	
Auswertung	uni- und multivariat mit OpenStat

Veröffentlichung: keine, doch mündliche Präsentation auf der Tagung der Psychologen im bayerischen Justizvollzug im Juni 2009.

BAYERN Evaluation der Motivationsgruppe (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilung Bayreuth
Beteiligte Personen	Christina Döhla
Beteiligte Institution	JVA Bayreuth
Art der Forschung	Diplomarbeit 2010 als Pilotstudie → Fortsetzung der Evaluation (dann justizintern) in einer reduzierten Form mit dem Ziel, mindestens 80 Probanden zu testen. Aufgrund von Fluktuationen in den Gefangenenzahlen, ist der Abschluss noch nicht genau vorhersehbar (1. Zwischenergebnisse im Frühjahr 2012)
Ziel / Fragestellungen	• Kann ein Programm wie die Motivationsgruppe die Therapiemotivation inhaftierter Sexualstraftäter steigern? • Kann eine derartige Vorbereitungsgruppe bereits tendenzielle Veränderungen im Bereich kognitiver Verzerrungen (Vergewaltigungs- und Missbrauchsmythen) erzielen? • Welchen Einfluss übt die Motivationsgruppe auf die Opferempathiefähigkeit aus? • Welchen Zusammenhang gibt es zwischen Therapiemotivation und subjektiv erlebter Belastung?
Evaluierte Behandlungsform(en)	zwei wechselnde Treatmentgruppen (nicht randomisiert)
Laufzeit/ Follow-Up	quasiexperimentelles Design mit Pra- und Postmessung sowie einer Follow-Up-Messung; Untersuchungszeitraum von Oktober 2008 bis Juli 2009
Design	Hypothesen: 1. Wenn die Motivationsgruppe erfolgreich ist, - steigt der Motivationsindex messbar an - bejahen die teilnehmenden Probanden zunehmend ihre Therapiebedürftigkeit (Reduktion der Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit) - lässt sich ein Zuwachs Wissen über Psychotherapie nachweisen (Steigerung des Wissens über Psychotherapie). 2. Bei Erfolg des Moduls lässt sich (mindestens) eine tendenzielle Zunahme der Opferempathie Erfassen (Steigerung der Opferempathie). 3. Der Tendenz nach kann nach Durchlaufen der Gruppe eine Abnahme kognitiver Verzerrungen (Vergewaltigungsmythen, Missbrauchsmythen) vermerkt werden. 4. Zwischen dem subjektiv wahrgenommenen Belastungserleben der Inhaftierten und dem Ausmaß der Therapiemotivation besteht ein Zusammenhang (Reduktion kognitiver Verzerrungen, Missbrauchs- & Vergewaltigungsmythen).

Datenmaterial	Die erste Treatmentgruppe TG1 durchlief die <i>Motivationsgruppe</i> zwischen dem ersten (t1) und dem zweiten (t2) Messzeitpunkt, die zweite Gruppe diente währenddessen als Wartekontrollgruppe (KG1). Zwischen dem zweiten und dem dritten (t3) Messzeitpunkt nahm die bisherige Kontrollgruppe am Programm teil und wurde somit zur Treatmentgruppe 2 (TG2). Die Probanden der KG1 befanden sich zwischen t1 und t2 im Zellentrakt der Sozialtherapeutischen Abteilung, erhielten jedoch keine Behandlung. Der dritte Messzeitpunkt diente als Postmessung der TG2 und als Follow-Up-Erhebung der TG.
Instrumente	anonymisierte schriftlichen Bearbeitung von Fragebogen: Kernkonstrukt Therapiemotivation mittels zweier Selbstbeurteilungsfragebogen (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation FMP; Fragebogen zur Psychotherapiemotivation Kurzform FPTM-23), Opferempathie (Fragebogen zur Erfassung von Empathie bei Sexualstraftätern FEES); Kog. Verzerrungen (Abel-Becker-Cognition-Scale ABCS, Skala zur Messung der Akzeptanz moderner Mythen über sexuelle Aggression AMMSA); Belastungserleben (Beck-Depressions-Inventar BDI)
Stichprobe	12 männliche, erwachsene Inhaftierte (zw. 27 und 61 Jahren), die zum Zeitpunkt der Datenerhebung alle eine Freiheitsstrafe wegen einer Sexualstraftat verbüßten
Behandlungsabbruch	Keine Abbrecher bei den Probanden die Motivationsgruppe
Auswertung	nonparametrische Verfahren (n=12) Vergleich TG 1 – KG 1: U-Test nach Mann&Whitney Vergleich prä-post: Wilcoxon-Test (abhängige Stichproben)
Einflussfaktoren	

Inhalt:

Mittels der Pilotstudie konnte eine tendenzielle Verringerung der Therapieablehnung sowie tendenziell ein Wissenszuwachs über Psychotherapie sowie die Reduzierung von Vergewaltigungsmythen und eine Steigerung der Opferempathie durch die Teilnahme an der Motivationsgruppe festgestellt werden. Methodische Einschränkungen erheben sich allerdings durch die sehr geringe Stichprobe sowie einigen Formulierungen in Motivationsfragebogen sowie dem Misstrauen der Teilnehmer gegenüber Studie. Auch die Ursachen der Varianz innerhalb der Gruppen sind nicht erklärbar. Dies lässt auf eine heterogene Stichprobensammensetzung schließen und betont die Bedeutung einer individuellen Indikationsstellung in der Straftäterbehandlung. Die Effektivität des Programms kann auf Basis der vorliegenden Daten derzeit nicht ausreichend beurteilt werden.

Veröffentlichung:

Döhla, Christina (2010): Psychotherapiemotivation in der Sexualstraftäterbehandlung. Evaluation eines motivationssteigernden Gruppentherapieprogramms im Rahmen der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA St. Georgen-Bayreuth. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Studiengang Psychologie in der Fakultät Humanwissenschaften an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.

Döhla, Christina (2011): Motivationsarbeit mit Sexualstraftätern. Vorstellung eines Gruppenprogramms Workshop bei der 13. überregionalen Fachtagung der Sozialtherapeutischen Einrichtungen im Justizvollzug in Berlin.

Döhla, Christina M. / Feulner, Fritz (2012): Motivationsarbeit in der rückfallpräventiven Behandlung von Sexualstraftätern. Vorstellung eines Gruppenmoduls in der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA St. Georgen-Bayreuth zur Steigerung der Behandlungsmotivation. In: Wischka, Bernd / Pecher, Willi / van den Boogaart, Hilde (Hrsg.): Therapie von Straftätern und Sicherungsverwahrten in sozialtherapeutischen Einrichtungen. Standards, Praxis, Perspektiven. Herbolzheim: Centaurus, S. 294-311.

BAYERN	
Wie wirkt Straftäterbehandlung? (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Anstalt Erlangen
Beteiligte Personen	Andreas Schwedler
Art der Forschung	Diplomarbeit 2009
Ziel	In seiner Diplomarbeit beschäftigte er sich mit dem Zusammenhang von therapienahen Veränderungsmaßen und der Rückfälligkeit bei sozialtherapeutisch behandelten Straftätern (Legalbewährung).
Fragestellungen	Die sich aus dem bisherigen Forschungsstand ergebende Frage ist also vor allem, warum sich Verbesserungen auf empirisch bestätigten dynamischen Risikofaktoren nicht konsistent auf die spätere Legalbewährung auswirken. 1. Zeigen sich im Laufe der Behandlung Verbesserungen auf therapienahen Maßen? 2. Stehen Verbesserungen auf therapienahen Maßen mit einer Verminderung der Rückfallwahrscheinlichkeit in Verbindung? 3. Welche Faktoren begünstigen Verbesserungen auf relevanten therapienahen Maßen? 4. Welche Faktoren moderieren den Einfluss der therapienahen Veränderungen auf den Rückfall?
Evaluierte Behandlungsform(en)	26 therapie- und persönlichkeitsorientierte Eigenschaften und Verhaltensweisen zur Beurteilung des Therapieverlaufs
Design	Prä-Post-Messung ohne Kontrollgruppe: Als therapienahe Veränderungsmaße standen verschiedene Persönlichkeitsfragebögen (erhoben bei Aufnahme und vor Entlassung) sowie von mehreren Mitarbeitern zu 5 Zeitpunkten während der Behandlung durchgeführte Fremdbeurteilungen zur Verfügung.

	Messzeitpunkte: Nach 3 Wochen erfolgte die Entscheidung über die vorläufige Aufnahme (t1), nach 3 Monaten die Konferenz zum Beschluss der endgültigen Aufnahme (t2) und nach 8 Monaten die Entscheidung über die Zulassung zu ersten Lockerungen in Form von Ausgang (t3). Nach etwa 15 Monaten wurde eine mögliche Zulassung zu Freigang und Urlaub diskutiert (t4), eine letzte Beurteilung des Gefangenen erfolgte schließlich kurz vor der Entlassung (t5). Zu den Zeitpunkten t1 bis t4 erfolgte die Bewertung durch alle fünf genannten Beurteiler, kurz vor der Entlassung (t5) wurden die Verlaufsbeurteilungen lediglich von Anstaltsleiter, Wohngruppenleiter sowie dem jeweiligen Bezugstherapeuten (Psychologe oder Sozialpädagoge) vorgenommen. Missings: mindestens bei drei von fünf Beurteilern (bei t5 von mindestens zwei von drei Beurteilern) gültige Ratings
Datenmaterial	Erhebungsbogen: Demografische Angaben, Informationen zur gegenständlichen Verurteilung, strafrechtliche Vorgeschichte, Sozialisationsbedingungen, testpsychologische Untersuchung, Beurteilungen von Verhalten und Therapiefortschritt, Zulassungen zu und Verhalten während Lockerungen, Entlassungssituation (Datengrundlage: Therapieverlaufsuntersuchung) Im Datensatz fehlende Informationen wurden, soweit möglich, durch Recherche in den Gefangenenpersonalakten ergänzt. Testpsychologische Maße: HAWIE-R, FPI-R, FAF und Gießen-Test (ggf. PCL-R)
Rückfalldefinition	Um aktuelle Daten zur Legalbewährung verwenden zu können, wurden im Februar 2009 von allen Gefangenen der Stichprobe Bundeszentralregisterauszüge eingeholt. Rückfalldaten für Vollteilnehmer sowie Therapieabbrecher, keine Kontrollgruppe Mindestbewährungszeitraum von 12 Monaten
Stichprobe	Vollerhebung aller Gefangenen, welche zwischen 1996 und 2005 in der JVA Erlangen behandelt und vor 2008 aus dieser entlassen wurden (n = 179; 92 Vollteilnehmer (davon 45,1 % rückfällig) und 87 Rückverlegte (davon 63,2 % rückfällig))
Behandlungsabbruch	Therapieabbrecher werden erfasst (= 87 Rückverlegte)
Auswertung	Faktorenanalyse, Regressionsanalyse, Überlebenszeitanalyse, Cox-Regression, Varianzanalysen mit Messwiederholung, t-Tests für abhängige Stichproben, Partialkorrelationen

Zeitraum		Allgemeiner Rückfall			Rückfall mit Freiheitsstrafe		
		ja	nein	r^b	ja	nein	r^b
Gesamt	Vollteilnehmer	41	50		30	61	
	Rückverlegte	55	32	-.18*	46	41	-.20**
1 Jahr	Vollteilnehmer	15	76		9	82	
	Rückverlegte	32	55	-.23**	27	60	-.26**
3 Jahre	Vollteilnehmer	29	45		17	57	
	Rückverlegte	41	32	-.17*	36	37	-.27**
5 Jahre	Vollteilnehmer	29	30		16	43	
	Rückverlegte	33	13	-.23*	29	17	-.36**
^a r = Phi-Koeffizient. ^b * $p < 0,05$ (zweiseitig). ** $p < 0,01$ (zweiseitig).							
Einflussfaktoren		Mögliche Prädiktoren: Therapiebereitschaft, Selbstkontrolle Es sollten Prädiktoren therapienaher Veränderungen gefunden sowie das Rückfallrisiko als möglicher Moderator des Einflusses therapienaher Veränderungen auf den Rückfall getestet werden.					

Inhalt:

Die Fremdbeurteilungen zeigten beim Vergleich von Aufnahme- mit Entlassungszeitpunkt kaum Veränderungen, oft wurden anfängliche Verbesserungen durch spätere Verschlechterungen wieder ausgeglichen. Obwohl verschiedene Beurteilungen zu Beginn der Behandlung noch zwischen Rückfälligen und Nichtrückfälligen differenzieren konnten, war eine Vorhersage des Rückfalls aufgrund der Veränderung dieser Maße nur sehr eingeschränkt möglich. Die Selbsteinschätzungen zeigten starke Verbesserungen zum Ende der Behandlung auf vielen Skalen. Dabei reduzierten sich sowohl kriminogene Persönlichkeitsmerkmale als auch allgemeine Befindlichkeitsstörungen. Diese Veränderungen standen jedoch in keinerlei erwartungskonformer Verbindung mit der späteren Legalbewährung der Probanden. Eingeschränkt deutete sich der Effekt an, dass Probanden mit hohem Rückfallrisiko mehr von Verbesserungen ihrer Selbstkontrolle profitierten als Probanden mit niedrigem und mittlerem Rückfallrisiko. Die gefundenen Ergebnisse sprechen dafür, dass gerade Persönlichkeitsmaße nur sehr bedingt für die Verlaufsmessung im Strafvollzug geeignet sind. Auch die Erfassung relevanter Veränderungen mittels Fremdbeurteilung unterliegt noch einigen Einschränkungen. Wünschenswert wären verhaltensnähere Verfahren, die einer geringeren Verfälschbarkeit unterliegen und eine standardisierte Erfassung rückfallrelevanter Veränderungen ermöglichen.

Veröffentlichungen:

Schwedler, Andreas (2009): Wie wirkt Straftäterbehandlung? Therapienahe Veränderungsmaße und Rückfall nach Sozialtherapie. Erlangen: unveröffentlichte Diplomarbeit.

BAYERN	
Einstellungsänderung (deliktspezifisch) bei Sexualstraftätern (justizextern)	
Ort	JVA Landsberg, JVA München
Beteiligte Personen	Dr. Katharina Manzinger, Agnesstraße 4, Schwabing-West 80801 München, 089397281
Beteiligte Institution	Ludwig-Maximilians-Universität München
Art der Forschung	Dissertation
Ziel	Ziel dieser Arbeit ist, die Effektivität der Behandlungsprogramme in Sozialtherapien anhand psychologischer Diagnostik zu untersuchen und darzustellen. Verändert psychotherapeutische oder im spezielleren Sinne sozialtherapeutische Behandlung die Einstellung von Sexualstraftätern zu Opfer, Tat, Aggression, Gewalt und Sexualität? Hintergrund dieser Fragestellung ist die Verbesserung der Rückfallprognose von Sexualstraftätern durch sozialtherapeutische Behandlung. Zudem wurde im Rahmen dieser Untersuchung festgestellt, inwieweit und wie sich die Einstellungsänderung von Sexualstraftätern, die eine Behandlung erhalten (Experimentalgruppe) im Vergleich zu Sexualstraftätern, die ohne Behandlung sind (Kontrollgruppe) unterscheidet.
Fragestellungen	Ändert sich die Einstellung (deliktspezifisch) von Sexualstraftätern durch psychotherapeutische Behandlungskonzepte in sozialtherapeutischen Abteilungen? Wie sieht sozialtherapeutische Behandlung im Detail aus und welche Behandlungsprogramme gibt es in Sozialtherapeutischen Einrichtungen? Wie effektiv ist die Behandlung?
Evaluierte Behandlungsform(en)	Probandenzielgruppe dieser Untersuchung waren in Justizvollzugsanstalten inhaftierte Sexualstraftäter mit Vergewaltigungs- und Missbrauchsdelikten. Die Probanden der Experimentalgruppe sollten sich während der Untersuchung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung befinden, während sich die Kontrollgruppenprobanden im normalen Vollzug ohne therapeutische Behandlung befinden. → Bitte um die Teilnahme an der Untersuchung (freiwillig)
Laufzeit/ Follow-Up	Die Datenerhebung fand von August 2005 bis Dezember 2007 statt.
Design	Prä-Post-Design: Die Untersuchungen der Probanden der Experimentalgruppe und Kontrollgruppe fanden zu zwei Zeitpunkten mit Zeitabstand von einem Jahr statt. Die erste Untersuchung der Experimentalgruppenprobanden fand zum Aufnahmezeitpunkt in eine sozialtherapeutische Abteilung, der zweite ca. ein Jahr nach Aufnahme und Behandlung statt. Für die Probanden der Kontrollgruppe spielte die Wahl des ersten Untersuchungszeitpunktes keine Rolle, da sie keinerlei Behandlung erfahren, deren Wirkung überprüft werden sollte. Die Wahl des zweiten Untersuchungszeitpunktes war ebenso wie bei der Experimentalgruppe ca. ein Jahr nach der ersten Untersuchung.

Datenmaterial	mutimethodales Vorgehen: projektive Verfahren Wunschprobe nach Wilde, Foto-Hand-Test), Fragebogenverfahren (Explorationsfragebogen mit persönlichem Interview, Gießen-Test, FAF, MWT-B, PCL, Fremdanamnese), Aktenstudium Aktenstudium der Gefangenenakten und der Therapieakten der Experimentalgruppe projektive und psychometrische Testverfahren bei Experimental- und Kontrollgruppe sowie standardisierte Explorationsfragebogen
Stichprobe	67 Sexualstraftäter: 27 Gefangene der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Landsberg und München (Experimentalgruppe) und um 20 Gefangene des Normalvollzugs der JVA Landsberg (Kontrollgruppe) sowie 20 Akten anderer Gefangener, die in der sozialtherapeutischen Abteilung waren oder sind (Aktenkontrollgruppe)
Behandlungsabbruch	
Einflussfaktoren	
Auswertung	T-Test und Varianzanalyse für unabhängige Stichproben, zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, lineare Regressionen

Veröffentlichung:

Manzinger, Katharina (2010): Einstellungsänderung (deliktspezifisch) bei Sexualstraftätern durch psychotherapeutische Behandlungskonzepte in Sozialtherapeutischen Abteilungen. LMU München: Fakultät für Psychologie und Pädagogik.
Verfügbar unter: <http://edoc.ub.uni-muenchen.de/11857/> [22.07.2011].

BAYERN Tat-Sachen. Narrative von Sexualstraftätern (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilung der JVA Würzburg
Beteiligte Personen	Michael B. Buchholz, Professor an der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen, Familientherapeut und Psychoanalytiker in freier Praxis Franziska Lamott, Professorin an der Sektion Forensische Psychotherapie der Universität Ulm und forensische Psychotherapeutin Kathrin Mörtl
Beteiligte Institution	Finanzielle Unterstützung durch die Berliner Baumgart-Stiftung
Art der Forschung	Therapieverlaufsforchung
Ziel	Einblick in die biografischen Muster, Probleme, die Einsichten, aber auch das Leugnungsverhalten und die Entwicklungsschritte von paraphilen Sexualstraftätern im therapeutischen Kontext
Fragestellungen	Beschreibung der therapeutischen Gruppentherapieprozesse von Sexualstraftätern: Wie konstruieren Sexualstraftäter ihre Vorstellung der eigenen Delinquenz bzw. wie versuchen sie diese zu verleugnen? "Was wird wie erzählt?" → konzeptuelle Nähe zwischen psychoanalytischer Herangehensweise und qualitativer Forschungsmethodik → Rückschlüsse auf die impliziten Deutungsmuster der Beteiligten

Evaluierte Behandlungsform(en)	Gruppentherapiesitzungen mit Sexualstraftätern: unterschiedliche Gruppenphasen mit ihren je charakteristischen gruppendynamischen Aspekten (Aspekte der Rangordnung in der Gruppe, der Kampf um das Rederecht, die Installation von Konversationsmustern und die Reaktion der Gruppe bzw. einzelner Teilnehmer auf therapeutische Interventionen); Abwehrformen der Gruppe; Glaubhaftigkeits- und Geschlechterkonstruktionen; 4 typische Tatnarrative, die je spezifische Erklärungen für abweichendes Verhalten aufweisen (Krankengeschichte, Entwicklungsroman, Vita Sexualis, Familiendrama)
Design	Analyse von Gruppentherapiematerial von Sexualstraftätern, die Sitzungen wurden von zwei gruppentherapeutisch erfahrenen Psychologen geleitet
Datenmaterial	90 eineinhalbstündige videografierte Therapiesitzungen mit insgesamt 16 Männern, welche im Kontext einer sozialtherapeutischen Abteilung wegen sexuellen Missbrauchs von Jungen und Mädchen bzw. wegen Exhibitionismus behandelt wurden Verwendung der Computersoftware ATLAS.ti für Textanalyse
Stichprobe	Nach einer Voranalyse wurden schließlich 21 Videos, in denen die Teilnehmer über ihren biografischen Hintergrund und über ihre Taten berichteten, für die Transkription ausgewählt. Damit stand für jeden Gruppenteilnehmer ein vollständiges, während der komplett transkribierten Gruppensitzung formuliertes Tat-Narrativ zur Verfügung.
Auswertung	Mittels diskursanalytischer Verfahren werden aus den transkribierten Narrativen linguistische Marker, reflexive Potentiale und defensive Muster herausgearbeitet. Kombination von Konversations-, Narrations- und Metaphernanalyse (Kürzel: KANAMA) vor dem Hintergrund eines psychoanalytischen Grundverständnisses → Fokussierung auf die Art und Weise der Schilderungen der Täter

Veröffentlichungen:

Buchholz, Michael B. / Lamott, Franziska / Mörtl, Kathrin (2008): Tat-Sachen: Narrative von Sexualstraftätern. Gießen: Psychosozial Verlag.

BAYERN Evaluation der sozialtherapeutischen Abteilungen der JVA Neuburg-Herrenwörth (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilungen für jugendliche Gewalt- bzw. Sexualstraftäter der JVA Neuburg-Herrenwörth
Beteiligte Personen	• Prof. Dr. Dr. h.c. Friedrich Lösel (Institut für Psychologie, FAU Erlangen-Nürnberg; Institute of Criminology, University of Cambridge) • Dr. Martin Schmucker (Institut für Psychologie, FAU Erlangen-Nürnberg) • Dipl.-Psych. Rebekka Klein (Institut für Psychologie, FAU Erlangen-Nürnberg)

Art der Forschung	• Auftragsforschung seitens des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz • Umfassende Evaluation durch Kombination von differenzierten Wirkungsanalysen sowie der Analyse von Prozesselementen
Ziel	Differenzierte Analyse der Arbeits- und Wirkungsweise der Sozialtherapie, unter Berücksichtigung von Rahmenbedingungen, Rückfälligkeit und diese moderierende Faktoren (Einstellungen, Motivation, Klima), sowie anschließende Impulse für die Fortentwicklung.
Fragestellungen	1) Deskriptive Analyse der einzelnen Bestandteile der Sozialtherapie • Wie angemessen sind die Programminhalte? • Wie ist die Zielgruppe zusammengesetzt? • Unter welchen Rahmenbedingungen arbeitet das Programm? 2) Wirksamkeit der Sozialtherapie • Können die anvisierten kriminogenen Faktoren durch die Sozialtherapie in die gewünschte Richtung verändert werden? • Können die Rückfallraten langfristig gesenkt werden? 3) Analyse der Bedeutsamkeit einzelner Parameter auf den Behandlungsausgang • Welche Faktoren stehen im Zusammenhang mit Erfolg oder Misserfolg? 4) Optimierungspotenziale der Sozialtherapie • Wie kann die Sozialtherapie für die Zielgruppe konkret verbessert werden?
Evaluierte Behandlungsform(en)	Sozialtherapie (kognitiv-behaviorales Therapieprogramm begleitet von schulischen und beruflichen Maßnahmen) im Jugendstrafvollzug
Laufzeit/Follow-Up	Juli 2011 bis Dezember 2013 / Follow up variabel ≥ 1 Jahr; geplant: erweiterte Katamnese 2 Jahre nach Beendigung des Kernprojektes
Design	• Quasi-experimentelles Design unter Kombination retrospektiver und prospektiver Datenerfassung (d. h. retrospektive Erfassung aller Therapieteilnehmer seit Eröffnung der sozialtherapeutischen Abteilungen sowie differenziertere Erhebung der Therapieteilnehmer seit Juli 2011) • Getrennte Untersuchungen für Gewalt- bzw. Sexualstraftäter • Für Gewaltstraftäter: Bildung einer paarweise gematchten, unbehandelten Kontrollgruppe aus dem Normalvollzug unter Berücksichtigung wesentlicher Kriterien wie Alter, Indexdelikt inkl. Strafmaß, Entlassungszeitpunkt und Deliktbiografie

Datenmaterial	• Konzepte der sozialtherapeutischen Abteilungen • Therapieakten und Gefangenpersonalakten aller Therapieteilnehmer inkl. ausführlicher Testdiagnostik (als Verlaufsmessung) • Eigene Testdiagnostik (teilweise als Verlaufsmessung) • Halbstrukturierte Interviews (als Verlaufsmessung) • Therapeutenbeurteilung in Bezug auf therapierelevante Zielaspekte für Therapieteilnehmer, die während des Projektzeitraumes aufgenommen und/oder entlassen wurden (als Verlaufsmessung) • Einmalige schriftliche Mitarbeiterbefragung (AVD und Fachdienst) • BZR-Auszüge
Rückfalldefinition	• über BZR: erneute Verurteilung, Bewährungswiderruf • Bei erneuten Straftaten: Berücksichtigung der Straftatgruppe(n), einschlägige Rückfälligkeit, Deliktsschwere und Strafmaß, Dauer der Legalbewährung
Stichprobe	• TG: Alle Therapieteilnehmer seit Eröffnung der sozialtherapeutischen Abteilungen (Sexualstraftäter seit 2007, $n = 75$; Gewaltstraftäter seit 2005, $n = 91$) • KG: gemachte Gewaltstraftäter im Normalvollzug
Behandlungsabbruch	• Intent-to-treat-Analyse; Abbrecher werden als Teil der Behandlungsgruppe mit erfasst • Erfassung der Abbruchgründe • Zusätzlich separate Analysen der Abbrechergruppe
Auswertung	• Deskriptiv-statistische Auswertungen • Inferenzstatistische Gruppenvergleiche; Survivalanalysen • Regressionsanalysen; Mediator- und Moderatoranalysen
Einflussfaktoren	• Persönlichkeit/Eingangsstatus der Teilnehmer, therapiebezogene Einstellungen und Motivation, Zufriedenheit mit und Verhalten in Therapie • Abteilungsklima, strukturelle Rahmenbedingungen

Inhalt:

Es handelt sich um ein aktuell laufendes Evaluationsprojekt zur Beurteilung der beiden sozialtherapeutischen Abteilungen (jugendliche Gewalt- und Sexualstraftäter) an der JVA

Neuburg-Herrenwörth. Beide Abteilungen legen ein modular aufgebautes, kognitiv-behavioral orientiertes Behandlungskonzept zugrunde. In einer umfassenden Evaluation werden einerseits die Rahmenbedingungen der Therapie untersucht, andererseits eine Wirksamkeitsprüfung des Programms vorgenommen. In einer Kombination von retrospektiver und prospektiver Datenerhebung werden insgesamt 166 Fälle untersucht.

Veröffentlichungen:

Klein, Rebekka / Schmucker, Martin / Lösel, Friederich (2014): Evaluation der sozialtherapeutischen Abteilungen der JVA Neuburg-Herrenwörth: Evaluationskonzept und erste Ergebnisse. In: Jugendgerichtshilfen, Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und (Hrsg.): Jugend ohne Rettungsschirm. Bericht über den 29. Jugendgerichtstag 2013 in Nürnberg. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg (im Erscheinen).

BERLIN Evaluation der Sozialtherapeutischen Abteilung (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Einrichtungen und Unterbringungs- und Behandlungseinrichtung für Sicherungsverwahrte des Landes Berlin - Sozialtherapeutische Einrichtungen SothA Berlin-Tegel (erwachsene, männliche Gefangene), SothA für Frauen, JSA-SothA - Unterbringungs- und Behandlungseinrichtung für Sicherungsverwahrte (in Bau)
Beteiligte Personen	Prof. Dr. Klaus-Peter Dahle (Charité)
Art der Forschung	Auftragsforschung seitens der Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz Berlins
Ziel	Umfassende Evaluation durch Kombination von differenzierten Wirkungsanalysen sowie der Analyse von Prozesselementen (Behandlungskonzeptionen, Behandlungsvoraussetzungen, Arbeitsstrukturen und der Wirkungen vor Ort) → Einführung längerfristiger, begleitender Evaluation von Veränderungsprozessen und Wirkeffekten
Fragestellungen	Das Projekt verfolgt verstärkt die Untersuchung differentieller Effekte im Sinne eines „ <i>Was wirkt wie bei wem und unter welchen Bedingungen</i> “ • Differenzierte Analyse der Arbeits- und Wirkungsweise der Sozialtherapie, unter Berücksichtigung von Rahmenbedingungen, Rückfälligkeit und diese moderierende Faktoren (Einstellungen, Motivation, Klima) • anschließende Impulse für die Fortentwicklung aus den Erkenntnissen der Untersuchung
Evaluierte Behandlungsform(en)	(1) Evaluation der Behandlungskonzepte sowie deren Umsetzung (Inhalt, Struktur, Ressourcenzuweisung) und (strukturelle und funktionale) Implementation sowie fallbasierte Analysen von Behandlungsverläufen (2) Evaluation der Wirksamkeit von Behandlung (Veränderung kriminogener Konstrukte sowie Verhaltensänderungen im Haftverlauf; perspektivisch: globale und differentielle Legalbewährung)
Laufzeit/ Follow-Up	Projektstart voraussichtlich im Herbst 2014 (Laufzeit: 2 Jahre) BZR-Auszüge frühestens 3 Jahre nach Entlassung

Design	Erhebungszeitpunkte: <u>Sozialtherapeutische Einrichtungen:</u> - bei Ein- und Austritt aus der SothA, bzw. retrospektive Erfassung bei Probanden, die sich bereits länger in der SothA aufhalten - weitere Messzeitpunkte (z. B. für Therapeutenratings) alle 6 Monate - Effekte auf die Legalbewährung: post-hoc Befragung der Gefangenen nach 12 Monate nach Haftentlassung, Befragungen etwaiger Bewährungshelfer(innen) bzw. Mitarbeiter(innen) der Führungsaufsichtsstelle oder der FTA und der Berliner Polizeidatenbank nach 6, 12 und 24 Monaten - BZR-Auszüge frühestens nach drei Jahren <u>Sicherungsverwahrte:</u> - Erstbefragung noch vor Umzug in das neue Gebäude - Zweitbefragung: 6-8 Monate später - Erhebungen zur Prozessevaluation: 8-10 Monate nach Umzug
Datenmaterial	Fragebögen: - zur anonymen Befragung der Mitarbeiter (Inhalte: Inhaltliche Analyse, strukturelle Implementation und Akzeptanz des Konzepts) - zur Erfassung des Behandlungsklimas (Mitarbeiter und Gefangene) - zur Erfassung der Kenntnis und Akzeptanz der Konzepte der Gefangenen - zur Erfassung der Teamkohärenz (Instrumente aus der Arbeitspsychologie) Schriftliche Befragung (Teamkohärenz, Behandlungsklima) der Mitarbeiter, ggf. im Anschluss ergänzende Interviews Halbstrukturierte Interviews und anonyme schriftliche Befragung der Gefangenen (Kenntnis, Akzeptanz, Behandlungsklima) Dokumentenanalysen (GPA und Behandlungsunterlagen): - Zugangswege in die SothA / Indikationskriterien - Erfassung der Eingangsdiagnostik - Analyse der Bewerbungen - Analyse des Behandlungsangebots - Analyse der Entwicklung problematischen und prosozialen Verhaltens im zeitlichen Verlauf der Behandlung - Standardisierte Risikoprofilanalyse zu Behandlungsbeginn und -ende - Entlassungsvorbereitung (Wohnen, Arbeit, Partnerschaft, soziales Umfeld, Finanzen) - Lockerungspraxis - Dezierte (Rest-)Risiko- und Bedarfsanalyse - Erfassung der Zukunftspläne - Erfassung etwaiger Maßnahmen zum Risikomanagement

	Erfassung der IST- und Verlaufseinschätzung der Therapeuten Prä-Post-Befragung der Gefangenen, Abgleich mit den Kriminalitätshypothesen der Therapeuten, Erstellung der Motivationsdiagnostik (der Gefangenen)
Rückfalldefinition	BZR-Auszüge, Daten der Berliner Polizeistatistik (Dringendtatverdachtsfälle)
Stichprobe	(Erstkalkulation des Stichprobenumfangs) möglichst alle zur Projektlaufzeit in den SothAen und der SV-Einrichtung behandelten Gefangenen (N=250) KG= „gematchte“ Vergleichsstichprobe aus dem Regelvollzug von rund 100 Tätern
Behandlungsabbruch	Analyse der Hintergründe für Behandlungsabbrüche (Dokumentenanalyse, Befragung der Mitarbeitern und der Gefangenen, standardisierte Untersuchung der Therapieeinstellung der Abbrecher) - Personale, motivationale und verhaltensbezogene Merkmale der Gefangenen - Folgen des Abbruchs für die Motivation Weiterer formaler Haftverlauf
Auswertung	(1) Erfassung und Untersuchung der Rahmenbedingungen, der Behandlungsvoraussetzungen und der Abläufe der sozialtherapeutischen Behandlung - qualitative und deskriptive Analysen sowie auf IST-SOLL-Vergleiche im Hinblick auf den Abgleich zwischen Konzepten, Standards und Umsetzungspraxis - Zusammenhangsanalysen - → Aufdecken von Cluster zusammenhängenden Faktoren, aus denen sich einerseits Stellschrauben für mögliche Verbesserungen der Praxis ableiten lassen, andererseits Ansatzpunkte für sinnvolle Datenreduktionen, die die Analyse der Wirksamkeit der Behandlung und ihrer Moderatoreinflüsse in Teil 2 erleichtern (2) Mehrebenenmodelle zur Evaluation intraindividuellen Veränderungen über die Zeit (Level 1) in Abhängigkeit von interindividuellen Unterschieden (Level 2) unter Berücksichtigung der hierarchischen Struktur der Daten (Level 3)

Veröffentlichungen/Materialien:

Dahle, Klaus-Peter (2013): Evaluation der Sozialtherapie und der Unterbringung und Behandlung der Sicherungsverwahrten im Land Berlin. Evaluationskonzept (32 Seiten, unveröffentlicht).

BRANDENBURG	
Evaluation der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Brandenburg (justizintern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilung der JVA Brandenburg
Beteiligte Personen	Steven Feelgood, JVA Brandenburg
Art der Forschung	Eigenprojekt, ohne zusätzliche Ressourcen (Praktikanten)
Ziel	Ergebnisevaluation
Fragestellungen	Analyse der Rückfälligkeit von behandelten und unbehandelten Klienten Analyse der Leistungsfähigkeit/Prognosefähigkeit des Static-99
Evaluierte Behandlungsform(en)	Datenbank mit zwei Gruppen: SothA-Klienten und Niemals SothA-Klienten → Matching nach Risiko, Delikt und Alter (ggf. Differenzierung nach Deliktgruppen)
Laufzeit/ Follow-Up	03/2011 – offen/fortlaufend Ende 2012 erste Ergebnisse
Design	Vergleich mit Static-99 Rückfallquoten
Datenmaterial	kriminelle Vorgeschichte, Art der Indexstraftat, Grad der Gewalt, Straflänge, Static-99, Risk Matrix 2000-V, Soziodemographie, Dauer des SothA-Aufenthalts
Rückfalldefinition	BZR alle zwei Jahre, ab Entlassungszeitpunkt aus der SothA/Haft
Stichprobe	Vollerhebung seit 1999, Aktenanalyse
Behandlungsabbruch	Behandlungsabbrecher werden erfasst inkl. Gründe als eigene Gruppe
Auswertung	Cox-Regression, Überlebenszeitanalyse nach Risikogruppen

HAMBURG	
Evaluation des Behandlungskonzepts der Sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Anstalt Hamburg
Beteiligte Personen	Peer Briken, Martin Rettenberger, Dahlnym Yoon, Franziska Brunner
Beteiligte Institution	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut für Sexualforschung und forensische Psychiatrie
Art der Forschung	Auftragsforschung für die Behörde für Justiz und Gleichstellung Hamburg
Ziel / Fragestellungen	Die beiden Hauptziele des vorliegenden Evaluationsprojekts bestehen darin, 1. eine Eingangs- und Verlaufsdiagnostik in der Sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg (SH) zu implementieren und 2. empirische Hinweise zur Wirksamkeit der Sozialtherapie zu sammeln. (1) An erster Stelle steht eine deskriptive Analyse des SH-Klientels. Durch die anvisierte Vollerhebung soll eine möglichst repräsentative Darstellung des SH-Klientels erreicht werden. (2) Lassen sich durch die Verwendung testpsychologischer Verfahren und den Einbezug dynamischer und protektiver Faktoren signifikante Prä-Post-Veränderungen im Zuge der sozialtherapeutischen Interventionen in den entsprechenden Variablen abbilden?

	(3) Falls ja, sind diese veränderungssensitiven Instrumente geeignet, als Erfolgsindikatoren (im Hinblick auf die Bewertung des Haft- und Therapieverlaufs) für zukünftige Therapieverläufe zu fungieren? (4) Inwieweit stehen die durch standardisierte Instrumente erhobenen Prä-Post-Messungen mit den Einschätzungen der TherapeutInnen und anderer an der Behandlung der Probanden beteiligten Personen in Zusammenhang?
Laufzeit/ Follow-Up	Projektbeginn war im August 2010. Im Juli 2012 folgte der erste Zwischenbericht, im August 2013 der Abschlussbericht. Ab 1. August 2013 wurde das Evaluationsprojekt verlängert bzw. verstetigt.
Design	Prä-Post-Design mit 2 Messzeitpunkten: Prämessung (bei Aufnahme); Zwischenmessung und Postmessung nach 12 Monaten bzw. ab 8/2013 nach 18 Monaten Ziel: Veränderungsmessung der Risiko- und Schutzfaktoren bei Straftätern der SH Gruppenvergleiche: Sexualstraftäter, Gewaltstraftäter und sonstige Straftäter in der SH
Evaluierte Behandlungs- form(en)	Sozialtherapie (u. a. Einzel- und Gruppentherapie)
Rückfalldefi- nition	Post-Messung mit zwei Fragebögen zum Therapie- und Haftverlauf (etwa 12 Monate nach Prä-Messung)
Stichprobe	Ziel ist eine Vollerhebung des SH-Klientels: Prämessungen im Zeitraum von 08/2010 – 06/2013: n=126 Postmessungen 08/2011 – 06/2013: n=37 bisher
Daten- material	eigene Interviews, psychologische Tests, Gefangenpersonalakte: Im Rahmen der Untersuchung werden Verfahren zur Einschätzung sowohl statischer als auch dynamischer Risikofaktoren sowie behandlungsrelevanten Einflussgrößen im Sinne von protektiven Faktoren eingesetzt.
Behandlungs- abbruch	Gründe für Behandlungsabbruch werden erfasst
Auswertung	Univariat und multivariat
Einflussfak- toren	Erwartungshaltung des Probanden gegenüber therapeutischem Vorgehen; Zufriedenheit des Probanden mit therapeutischer Behandlung; Wirksamkeit der Behandlung für den Probanden, Klima der Einrichtung sowie Hilfestellung der Einrichtung nach Beendigung der Gefängnisaufenthaltes

Veröffentlichungen/Materialien:

Briken, Peer / Berner, Wolfgang / Rettenberger, Martin / Yoon, Dahlnym (2010): Einrichtung einer standardisierten Eingangs- und Verlaufsuntersuchung in der Sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg. (2-seitiger Projektantrag; unveröffentlicht).

13-seitiger Zwischenbericht von Juli 2012 (unveröffentlicht).

53-seitiger Abschlussbericht von August 2013 (unveröffentlicht).

HESSEN Effizienz der Straftäterbehandlung in der Sozialtherapeutischen Anstalt Kassel (justizintern)	
Ort	JVA Kassel Sozialtherapeutische Anstalt
Beteiligte Personen	Rudi Nebe, Kriminologischer Dienst für den Justizvollzug des Landes Hessen, Frau Livia Keller JVA Kassel II – Sozialtherapeutische Anstalt -
Art der Forschung	Eigenprojekt; Ergebnis- und Prozessevaluation
Ziel	Weiterentwicklung der SothA Kassel
Fragestellungen	1. Hat sich die Effizienz der Straftäterbehandlung in der SothA Kassel nach Inkrafttreten neuer gesetzlicher Regelungen, gemessen am Kriterium der Legalbewährung, verbessert? 2. Welche Behandlungsmethoden und/oder deren Kombination tragen besonders zur Rückfallvermeidung bei? 3. Welche zusätzlichen Erkenntnisse ergeben sich aus dem bundesweiten Vergleich entsprechender Untersuchungen? 4. Welche Behandlungsmethoden und deren Kombination sind hilfreich im Hinblick auf soziale Integration und persönliche Stabilität in den ersten zwei Jahren nach der Entlassung?
Evaluierte Behandlungsform(en)	KVT, soziales Training, schulische und berufliche Maßnahmen SOTP
Laufzeit/ Follow-Up	Oktober 2003 – März 2011 / jeweils 4 Jahre ab Entlassung
Design	Dokumentation + Vergleich mit Gruppe, die vor 10 Jahren erhoben wurde
Datenmaterial	psychiatrische Gutachten, Therapieakten, Gefangenenpersonalakten, Gerichtsurteile, BZR
Rückfalldefinition	erneute Verurteilung, erneute Inhaftierung durch BZR Unterscheidung nach Hauptdeliktgruppen
Stichprobe	Vollerhebung BG: alle vom 01.01.2003 bis 31.12.2006 aus SothA Kassel Entlassene (n=130) Vergleichsgruppe: alle vom 01.01.1994-31.12.1997 entlassene Gefangene (n=260)
Behandlungsabbruch	k.A.
Auswertung	Multivariat

Inhalt:

Es handelt sich um eine Wirksamkeitsüberprüfung der sozialtherapeutischen Behandlung anhand einer Kontrollgruppe von Sexualstraftätern, die vor der Gesetzesänderung (§ 9 StVollzG) aufgenommen wurden. Es wird gefragt, ob sich die Effizienz der Straftäterbehandlung in der SothA Kassel nach Inkrafttreten neuer gesetzlicher Regelungen, gemessen am Kriterium der Legalbewährung, verbessert hat.

Weiterhin wird untersucht, welche Behandlungsmethoden und besonders zur Rückfallvermeidung beitragen und welche hilfreich im Hinblick auf soziale Integration und persönliche Stabilität in den ersten zwei Jahren nach der Entlassung sind.

HESSEN Kunsttherapie (justizintern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilung der JVA Rockenberg
Beteiligte Personen	Norbert Cloß (Kunstwerkstatt), Regina Planz (Bildhauerin)
Art der Forschung	Eigenprojekt; Ergebnis- und Prozessevaluation
Ziel	Verbesserung des Sozialverhaltens (verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit), Entwicklung künstlerisch-kreativer Kompetenzen als Mittel der Konfliktbearbeitung
Evaluierte Behandlungsform(en)	Seit 06/2010 3 kunsttherapeutische Gruppen (pro Gruppe jede Woche dienstags, mittwochs und donnerstags von 17.15 bis 19.15 Uhr mit verpflichtender Teilnahme) In jeder Sitzung werden bestimmte Themen mit verschiedenen künstlerischen Techniken bearbeitet – hinsichtlich der Art und Weise besteht keine Einschränkung (z. B. sexuelle Darstellung, Gewalt)
Laufzeit/Follow-Up	06/2010 – offen
Datenmaterial	Seit 09/2010 Kunsttagebuch für alle Teilnehmer mit mindestens 5 Zeichnung wöchentlich zur Dokumentation von unterschiedlichen Stimmungen und Gefühlen, teilweise Vorgaben bestimmter Themen bezüglich Herkunft, Kindheit, Tat und Opfer → wöchentliche Besprechung mit dem Einzelnen oder gar mit der Gruppe

Stichprobe	Vollerhebung: bei Abgängen jeweils Auffüllen der bestehenden Gruppen durch neu in der SothA gekommene Gefangene → Verantwortung für Gruppenablauf und -gefüge
Behandlungsabbruch	Entlassung, Verlegung von der Station
Auswertung	regelmäßige Führung eines Prozessverlaufsbogen u. a., um den Veränderungen und Schwankungen zu dokumentieren bzw. darauf zu reagieren, regelmäßige Teilnahme und Einbeziehung an den Teamsitzungen des Leiters; Miteinbeziehung des Prozessverlaufes in der Kunstwerkstatt und der sonstigen Maßnahmen in die aktuellen Förderplanfortschreibungen
Einflussfaktoren	Gruppendynamik, Delikte der jeweiligen Teilnehmer, Gruppenverhalten und Gruppenstatus

HESSEN Katamnestiche Verläufe der sozialtherapeutischen Behandlung. Eine explorative Längsschnittstudie (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Anstalt Kassel II
Beteiligte Personen	Prof. Dr. Mechthild Bereswill, Universität Kassel, FB 01 Sozialwesen; in Zusammenarbeit mit Dr. Anke Neuber und Dipl. Soz.päd. Julia Hellwig, M.A.
Beteiligte Institution	gefördert von der Sozialtherapeutischen Anstalt Kassel
Art der Forschung	Eigenmittel des Fachgebiets/Lehrstuhls (Pilotstudie)
Fragestellungen	„Zur Weiterentwicklung der Maßnahmen der Sozialtherapeutischen Anstalt von Entlassungsvorbereitung und Nachsorge dient eine prospektive Studie zur Dokumentation und Analyse des sozialen Empfangsraums. Erfasst werden soll das Lebensumfeld der Probanden, mit den Bereichen Arbeit, Wohnsituation, Beziehungen, Familie, Freizeit, etc. Wie finden sich die Probanden in Freiheit zurecht? Gibt es in der Sozialtherapie erlernte neue Fähigkeiten und werden diese dauerhaft umgesetzt? Welche Hilfestellungen/Behandlungen werden über die intramural erfolgte Behandlung hinaus evtl. weiterhin benötigt, um sich in die Gesellschaft zu integrieren und dauerhaft straffrei leben zu können? Welche Rolle spielen die einzelnen Faktoren der Entlassungssituation und wie groß ist ihr spezifischer Einfluss auf das Rückfallrisiko?“ http://www.hbws.justiz.hessen.de/irj/HBWS_Internet?rid=HMdJ_15/HBWS_Internet/sub/f66/f6650fe3-f2c2-f231-f012-f31e2389e481,,22222222-2222-2222-2222-222222222222.htm [27.12.2011]
Evaluierte Behandlungsform(en)	
Laufzeit/Follow-Up	seit 1/2009 fortlaufend
Design	
Datenmaterial	
Rückfalldefinition	
Stichprobe	
Behandlungsabbruch	
Auswertung	
Einflussfaktoren	

HESSEN Die Schreibwerkstatt (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilung Rockenberg (Jugendliche)
Beteiligte Personen	Dr. Sandra Budde, Universität Gießen, Abteilung Pädagogische Psychologie
Beteiligte Institution	
Art der Forschung	Eigenmittel (vom Lehrstuhl finanziert), in Kooperation mit Herrn Müller (JVA Rockenberg)
Ziel	Verbesserung der Ausdrucksfähigkeit der jugendlichen Gefangenen
Fragestellungen	Hypothesen: 1. Jugendliche Straftäter, die ein Training zur Förderung des selbstregulatorischen narrativen Schreibens durchliefen, schreiben im Anschluss an das Training qualitativ bessere narrative Texte als vor Beginn des Trainings. Darüber hinaus verwenden Sie mehr narrative Schreibstrategien (inhaltliche Vollständigkeit, Ausdruck) in ihren Texten. 2. Nach Abschluss eines Trainings zur Förderung des selbstregulatorischen expressiven Schreibens äußern jugendliche Straftäter ein erhöhtes Wohlbefinden als vor dem Training. 3. Im Verlauf eines Trainings zur Förderung des selbstregulatorischen expressiven Schreibens verwenden jugendliche Straftäter vermehrt affektive Wörter sowie Wörter der Einsicht und der Kausalität. 4. Es wird erwartet, dass ein voran geschaltetes selbstregulatorisches narratives Schreibtraining die Effekte des selbstregulatorischen expressiven Schreibtrainings erhöht.
Evaluierte Behandlungsform(en)	Intervention: Selbstregulatorisches Schreiben (Expressives Schreiben und Narratives Schreiben) <i>Selbstregulatorisches Expressives Aufsatztraining (SEA):</i> Einzel-Training à 30 Minuten; selbstregulatorische Materialien: Schreibplan, Verhaltenskontrollbogen; Feedback zu der zuletzt geschriebenen Geschichte; Reflexion über die letzte Woche; Generierung eines möglichen Thema für die nächste Geschichte <i>Selbstregulatorisches Narratives Aufsatztraining (SNA):</i> Gruppen-Training à 90 Minuten/Woche; Förderung der Schreibkompetenz (basiert auf USAT (Unterrichtsintegriertes Selbstregulatorisches Aufsatztraining), jedoch zielgruppenangepasst); Behandlung von Bildergeschichten, die explizit Konflikte beinhalten → Schulung der Perspektivübernahme und das Erkennen von Gefühlen in Gesichtern
Laufzeit	1. Quartal 2011 (18 Wochen)
Design	3 Messzeitpunkte
Datenmaterial / Auswertung	Psychologische Tests zur Selbstkontrolle, -überwachung, Wohlbefinden → Gefangene füllen Affektskala nach Schreiben aus Auswertung der expressiven Texte mittels „Linguistic Inquiry and Word Count-Program“ (LIWC); Auswertung der narrativen Texte hinsichtlich Strategieanwendung (7W-Fragen) und narrativer Qualität <i>Abhängige Variablen, die vor, in der Mitte und nach dem Training erhoben werden:</i> Sozialarbeiter und Vollzugsbeamten füllen einen selbst konstruierten Fragebogen zum Verhalten der Jugendlichen in der JVA aus.

	Biografischer Fragebogen (BIFA; Bühler et al., 2005), der Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (BFW; Grob, 1991) und der Fragebogen zur Erfassung von Empathie, Prosozialität, Aggressionsbereitschaft und aggressivem Verhalten (FEPAA; Lukesch, 2006) → Befragung der Gefangenen + Bediensteten, schriftlich-inhaltsanalytische Verfahren
Stichprobe	12 männliche Jugendliche im Alter von 16 bis 20 Jahren (Teilnahme auf freiwilliger Basis; E-Haus) → 4 leistungshomogene Gruppen (à 3 Jugendliche) mittels der Ergebnisse der bei der Eingangsdiagnostik der JVA durchgeführten Tests (CFT-20, d2, SLS, Aufsatz) Wöchentliche Treffen mit 4 bis 5 (auch drogenabhängigen) Jugendlichen
Behandlungsabbruch	freiwillige Teilnahme
Durchführung	<i>Baseline:</i> Schreiben eines narrativen Text sowie einen expressiven Texts über ein emotional belastendes Ereignis. Die Affektskala wird ebenfalls erhoben. Es werden vier Baseline-Erhebungen für die ersten beiden Gruppen und sechs für die letzten beiden Gruppen durchgeführt. Auf diese Weise beginnen die Trainings zeitversetzt (multiple baseline). Während die expressiven Texte von den Jugendlichen alleine verfasst werden, werden die narrativen Texte unter Anleitung der Trainerinnen geschrieben. Die Anleitung bezieht sich lediglich auf die Einhaltung der zeitlichen Vorgaben (10 Minuten planen, 20 Minuten schreiben, 10 Minuten überarbeiten). <i>Intervention:</i> Im Anschluss an die Baseline-Erhebung beginnen zwei Gruppen mit den Trainings: eine Gruppe mit dem expressiven und die andere mit dem narrativen Schreibtraining. Nach dem Ende des jeweiligen Trainings (4 Termine) wird mit dem jeweils anderen Training (4 Termine) begonnen. <i>Maintenance:</i> Die beiden Gruppen, die als erstes beginnen, schreiben nach Absolvierung beider Trainings weiterhin 4 x narrative und expressive Text und füllen die Affektskala aus. Für die letzten beiden Gruppen finden noch zwei Erhebungen (express, narrativ, Affektskala) nach Abschluss der Intervention statt. Die Einhaltung der zeitlichen Vorgaben wird beim narrativen Schreiben analog zur Baseline-Phase gewährleistet.
Einflussfaktoren	<i>Token-Economy:</i> Die Jugendlichen erhalten während der Interventionsphasen Dollar-Noten, die sie am Ende gegen eine Eintrittskarte für eine Abschlussveranstaltung im Restaurant der JVA einlösen können. Für eine regelmäßige Mitarbeit während der Baseline- und Maintenance-Phasen erhalten die Jugendlichen einen Einkaufsgutschein für die JVA Rockenberg. Ein Einkaufsgutschein wird ausgegeben, wenn die Jugendlichen 4x eine narrative und eine expressive Geschichte geschrieben haben.

MECKLENBURG-VORPOMMERN Evaluation der sozialtherapeutischen Abteilung Neustrelitz (justizintern)	
Ort	Jugendanstalt Neustrelitz, Eröffnung im November 2008
Beteiligte Personen	Volker Bieschke, Kriminologischer Forschungsdienst Mecklenburg-Vorpommern Simone Seifert, Projektberatung, (ehemals) MLU Halle-Wittenberg
Beteiligte Institution	Kriminologischer Forschungsdienst M-V
Art der Forschung	Auftragsforschung des Justizministeriums M-V
Ziel / Fragestellungen	• Welche zentralen charakteristischen Persönlichkeitsmerkmale und Prädiktoren sind für einen positiven Behandlungsverlauf in der Sozialtherapie bzw. für einen positiven Legalbewährungsverlauf nach Entlassung aus dem Jugendvollzug ausschlaggebend? • Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen erfolgreichem Behandlungsverlauf in der Jugendsozialtherapie und einem positivem Legalbewährungsverlauf?
Evaluierte Behandlungsform(en)	• Sozialtherapie im Jugendvollzug gemäß Konzept
Laufzeit/ Follow-Up	Mai 2008 – 2015
Design	quasi-experimentell: Untersuchungsgruppe (behandelte Gefangene in der sozialtherapeutischen Abteilung der JA), Vergleichsgruppe I (keine Behandlung, aber Behandlung indiziert, in JA 2005-2008), Vergleichsgruppe II (Sozialtherapie-Abbrecher/Rückverlegte aus der sozialtherapeutischen Abteilung der JA), Vergleichsgruppe III (keine Behandlung, aber Behandlung indiziert, in JA nach 2008 – parallel zur Untersuchungsgruppe)
Datenmaterial	Gefangenenpersonalakten: Sekundäranalyse BZR-Auszüge, qualitative Interviews mit Abbrechern und Absolventen der sozialtherap. Abteilung, sowie Experteninterviews mit Akteuren der SothA
Rückfalldefinition	Jede, durch Eintrag im Bundeszentralregister manifestierte, erneute, gerichtliche Verurteilung (davon gesondert: einschlägige, gemessen am Anlassdelikt. Anlassdelikt ist das jeweils für die Untersuchung relevante Delikt des Gefangenen)
Stichprobe	Die Stichprobe umfasst Jugendstrafgefangene, die in der JA inhaftiert waren bzw. sind, geplant ist eine Stichprobengröße von 120 Delinquenten. Die Gefangenauswahl für die Untersuchungsgruppe erfolgt in chronologischer Reihenfolge entsprechend der Aufnahme in die sozialtherapeutische Abteilung der JA. Die Untersuchungsgruppe wird so lange aufgefüllt, bis sie die geplante Größe (n=30) erreicht hat (Totalerhebung seit Eröffnung im Jahr 2008). Die Vergleichsgruppe I wird aus dem Gefangenenpersonalaktenbestand der JA nach den Vorgaben des Justizministeriums M-V aus den Entlassungsjahrgängen 2005-2008 ausgewählt, Auswahlkriterium ist die (nachträglich) geprüfte Geeignetheit für eine Behandlung in der SothA (n=30). Die Vergleichsgruppe II wird

	in chronologischer Reihenfolge entsprechend der Rückverlegungen aus der sozialtherapeutische Abteilung der JA gebildet (n ~ 30). Die Vergleichsgruppe III soll ebenfalls 30 Probanden umfassen.
Behandlungsabbruch	Jugendstrafgefangenen, die zwar zum Zwecke der Behandlung in die sozialtherapeutischen Abteilung aufgenommen wurden, ihre Geeignetheit mithin geprüft und bestätigt war, deren Behandlung aber zum Abbruch kam (Vergleichsgruppe II) → möglichst alle Abbrecher der SothA sollen durch persönliche Interviews zu den Gründen des Abbruchs und die jeweiligen persönlichen Folgen befragt werden. Die Dimension der eigentlich Betroffenen wird hier erstmals in die Forschungsergebnisse integriert. Zudem sind Experteninterviews mit Akteuren der SothA geplant.
Auswertung	mittels SPSS: deskriptive Analysen (Häufigkeiten, Kreuztabellen etc.), Korrelationen, Testungen von Zusammenhangs- und Unterschiedshypothesen sowie ggf. Faktoren- und Clusteranalysen; zur Überprüfung von Gruppenunterschieden: statistische Verfahren wie t-Tests, MANOVAs oder Regressionsanalysen, qualitative Inhaltsanalyse mit Hilfe von MAXQDA
Einflussfaktoren	Könnte es bei einem angenommenen, gemessenen, signifikanten Zusammenhang zwischen Behandlung in der JugendsothA und späterer Rückfälligkeit sein, dass auch solche Faktoren wie • die auch ohne Behandlung einsetzende natürliche Reifung und Sozialisation des Jugendlichen/Heranwachsenden, • eine festen Bindung zu einer Lebensgefährtin oder andere bestärkende Einflüsse, insbesondere nach der Haft, • eine vorausgehende Behandlung durch andere Psychologen, Sozialarbeiter, Lehrer, Richter oder Angehörige, • eine effektive Arbeit der Bewährungshilfe, falls die Reststrafe, wie bei Jugendlichen regelmäßig der Fall, zur Bewährung ausgesetzt wird, u. a. m. einen Konfundierungseffekt erzeugen, der dann möglicherweise die Ursache für Fehldeutungen oder zu kurz greifenden Interpretationen sein könnte?
Berichte	Derzeit liegt ein erster Forschungsbericht vor. Dieser Bericht beinhaltet den Forschungsauftrag, das Untersuchungsdesign, den Projektstand (im April 2010) und eine Beschreibung der Vergleichsgruppe I (erste deskriptive Ergebnisse der Aktenanalyse). Zwei weitere Forschungsberichte sind geplant. Der 2. Bericht (2011/2012) soll die Ergebnisse der Aktenanalyse und die ersten Befunde aus der qualitativen Erhebung enthalten. Im 3. Bericht (2015) werden die Ergebnisse aller Datenquellen (Aktenanalyse, qualitativen Erhebung, Bundeszentralregistrauswertung) zusammengeführt.

Veröffentlichung:

Bieschke, Volker / Seifert, Simone / Erthal, Claudia (2010): Forschungsprojekt: "Evaluation der Sozialtherapeutischen Abteilung der Jugendanstalt Neustrelitz, 1. Bericht – Vergleichsgruppe.

Bieschke, Volker (2013): Evaluation der sozialtherapeutischen Abteilung in der Jugendanstalt Neustrelitz, Mecklenburg-Vorpommern. Ein Beispiel aus der Praxis.
Verfügbar unter: http://www2.jura.uni-hamburg.de/instkrim/kriminologie/Mitarbeiter/Enzmann/NordKrim/NordKrim2013/Bieschke_2013.pdf [01.10.2013].

MECKLENBURG-VORPOMMERN	
Evaluation der Sozialtherapie in Mecklenburg-Vorpommern (justizintern)	
Ort	JVA Waldeck (Männer), Eröffnung 2005
Beteiligte Personen	Dr. Stefan Suhling, Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges, Kriminologischer Dienst
Art der Forschung	Auftragsforschung: Prozess- und Ergebnisevaluation
Ziel	Dokumentation der Behandelten und der Behandlung in der Sozialtherapie des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Feststellung der differentiellen Wirksamkeit der Sozialtherapie zum Zeitpunkt des Austrittes aus der Sozialtherapie
Fragestellungen	1. Bei wem bewirkt Sozialtherapie eine Verbesserung der Prognose? 2. Welche Gefangenen scheitern im Verlauf der Behandlung? 3. Welche Behandlungsaspekte und -intensität sind am ehesten wirksam?
Evaluierte Behandlungsform(en)	Kognitive VT; SOTP, BPG; ASOTP; "R&R"; BPS (UT); Lockerungen
Laufzeit/ Follow-Up	2007 – offen
Design	Prä-Post
Datenmaterial	Basisdokumentation
Rückfalldefinition	-
Stichprobe	BG: alle Gefangenen, die seit 01/2005 in der SothA waren [letzte Angabe (14.04.2011) n= 115]
Behandlungsabbruch	Behandlungsabbrecher als separate Gruppe, Gründe für Behandlungsabbruch werden erfasst
Auswertung	uni- und multivariat

Inhalt:

Es handelt sich um eine Ergebnisevaluation zur Überprüfung der Wirksamkeit der Sozialtherapie mit folgenden Fragestellungen: Welche Merkmale weisen Sexualstraftäter auf? Welche Gefangenen erweisen sich als für die Sozialtherapie (nicht) geeignet? Wie und durch welche Maßnahmen verändern sich Gefangene in der Sozialtherapie? Bei welchen Gefangenen bewirkt Sozialtherapie eine Verbesserung der Prognose?

Veröffentlichung:

Erfolgt vom Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges, Kriminologischer Dienst.

MECKLENBURG-VORPOMMERN	
Evaluation des Reasoning & Rehabilitation Programms (justizextern)	
Ort	Alle Justizvollzugs- (JVAn) und Jugendanstalten (JAN) Mecklenburg-Vorpommerns
Beteiligte Personen	Prof. Dr. Daniela Hosser, Elisa Ewald (TU Braunschweig) in Zusammenarbeit mit dem Kriminologischen Dienst MV
Art der Forschung	Auftragsforschung des Justizministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Ziel	Evaluation des Reasoning & Rehabilitation Programms im Strafvollzug Mecklenburg-Vorpommerns
Fragestellungen	Prüfung der Effektivität des Behandlungsprogramms, gemessen an der Erfüllung der einzelnen Programmziele, hinsichtlich möglicher Kurzzeit- und Langzeiteffekte, sowie der Effektivität des Behandlungsprogramms in Abhängigkeit von möglichen Einflussfaktoren, wie der Dauer der Behandlung, der Inhaftierungszeit, der Deliktart und persönlichen Einstellungen
Evaluierte Behandlungsform(en)	Vergleichsgruppe unbehandelter Straftäter („matched pairs“) anhand von Analysen der GPAn
Laufzeit/ Follow-Up	Januar 2012 – Dezember 2014
Design	Prä-/Postdesign mit Follow-Up-Befragung ca. drei Monate nach dem Ende der Behandlung
Datenmaterial	schriftliche Befragung der Teilnehmer anhand standardisierter Fragebögen Analyse der Gefangenenpersonalakten von Teilnehmern vs. KG
Rückfalldefinition	im Abstand von zwei bis fünf Jahren nach der Haftentlassung Auszüge aus Bundeszentralregister
Stichprobe	Vergleichsgruppe unbehandelter Straftäter („matched pairs“)
Behandlungsabbruch	Gründe für Behandlungsabbruch werden nach Möglichkeit erfasst und bei den Auswertungen berücksichtigt
Auswertung	univariat, multivariat, regressionsanalytische Verfahren etc.

NIEDERSACHSEN	
Evaluation der Sozialtherapie in Niedersachsen (justizintern)	
Ort	Sozialtherapeutische Einrichtungen Niedersachsens (außer JVA für Frauen in Vechta)
Beteiligte Personen	Dr. Stefan Suhling, Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges, Kriminologischer Dienst
Art der Forschung	Auftragsforschung; Prozess- und Ergebnisevaluation: Rückfallstudie
Ziel	Feststellung der generellen und differentiellen Wirksamkeit der Sozialtherapie
Fragestellungen	1. Bewirkt Sozialtherapie eine Verminderung der Rückfallwahrscheinlichkeit? 2. Bei wem bewirkt Sozialtherapie eine Verminderung der Rückfallwahrscheinlichkeit? 3. Welche Personen scheitern im Verlauf der Behandlung und wie ist deren Rückfälligkeit? 4. Welche Behandlungsaspekte und -intensität sind am ehesten wirksam? 5. Gibt es Leistungsunterschiede zwischen den Einrichtungen?
Evaluierte Behandlungsform(en)	KVT; schulische und berufliche Maßnahmen; BPS; Lockerungen
Laufzeit/Follow-Up	Januar 2003 – offen / offen
Design	Prä-Post-Follow-up (für BG und KG der Rückverlegten) ex-post-facto (für KG der Sexualstraftäter ohne Indikation und Verweigerer) unbehandelte und „teilbehandelte KG“ stratifiziertes Matching
Datenmaterial	BZR, Basisdokumentation, Indikationsbogen (bei einigen Probanden), Aktenanalyse
Rückfalldefinition	erneute Verurteilung, erneute Verurteilung wegen eines Gewaltdelikts, erneute Verurteilung wegen eines Sexualdelikts, erneute Verurteilung zu einer Freiheits- oder Jugendstrafe, erneute Inhaftierung zu einer unbedingten Freiheits- oder Jugendstrafe durch BZR
Stichprobe	BG: alle Gefangenen, die seit 01/2003 in SothA waren (letzte Angabe n > 1.000) KG: Rückverlegte, Sexualstraftäter ohne Indikation, Verweigerer (letzte Angabe: n=300)
Behandlungsabbruch	Behandlungsabbrecher als separate Gruppe, Teil der BG und Teil der KG Gründe für Behandlungsabbruch werden erfasst
Auswertung	uni- und multivariat; fehlende Werte: missing value
Einflussfaktoren	Einflussfaktoren nur bei einem Teil der Gefangenen erfasst: Zufriedenheit des Klienten mit der Behandlung; Klima der Einrichtung

Inhalt:

Es handelt sich um eine prospektive Rückfallstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit der Sozialtherapie mit folgenden Fragestellungen: Welche Merkmale weisen Sexualstraftäter auf? Welche Personen erweisen sich als für die Sozialtherapie (nicht) geeignet? Wie und durch welche Maßnahmen verändern sich Personen in der Sozialtherapie? Mit welchen Faktoren hängt Rückfälligkeit zusammen?

Veröffentlichungen:

Suhling, Stefan (2006): Zur Untersuchung der allgemeinen und differentiellen Wirksamkeit sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug: Konzepte aus Niedersachsen. *Bewährungshilfe* 53 (3), 240-259.

Suhling, Stefan / Köhler, Antje / Bernardi, Cornelia (2009): Soziales Klima, Behandlungsmotivation und Behandlungserfolg in Sozialtherapeutischen Einrichtungen des Justizvollzugs und im Maßregelvollzug. In: Saimeh, Nahlah (Hrsg.): Motivation und Widerstand. Herausforderungen im Maßregelvollzug. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 211-228.

NIEDERSACHSEN	
Tötungsdelikte an Kindern (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilung Alfeld = Vechta, Frauen
Beteiligte Personen	Prof. Dr. Theresia Höynck, Universität Kassel, FB 01 Humanwissenschaften
Beteiligte Institution	
Art der Forschung	Fritz Thyssen Stiftung (Aktenanalyse, Jugendhilfe-Interviews), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Täterinterviews), Eigenmittel
Ziel	
Fragestellungen	Im Rahmen einer retrospektiv ausgerichteten, auf verschiedene Datenquellen zurückgreifenden Studie werden mehrere Fragestellungen für die Gruppe der Opfer im Alter unter sechs Jahren verfolgt: Erstens gilt es, verlässliche Daten zum Erscheinungsbild von Tötungsdelikten an Kindern zu erlangen. Zweitens sollen Ursachen, Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren ermittelt und diese – drittens – daraufhin analysiert werden, welche Folgerungen sich aus ihnen für die Prävention der Tötung von Kindern ergeben. Parallel zu diesen Fragestellungen werden – viertens – Entdeckung, Aufklärung und strafrechtliche Verarbeitung von Tötungen an Kindern untersucht.
Laufzeit/ Follow-Up	07/2007 bis 03/2012
Design Datenmaterial	Aktenanalyse (07/2007 bis 06/2010): Fälle vollendeter vorsätzlicher Tötungsdelikte an Kindern unter sechs Jahren im Zeitraum 1997-2006 aus dem gesamten Bundesgebiet. Diese Aktenanalyse wird durch einen Expertenworkshop sowie eine Befragung aller rechtsmedizinischen Institute in Deutschland ergänzt. Täterinterviews (08/2008 bis 12/2010): Parallel hierzu werden in einem eigenständigen Projektmodul Interviews mit Täterinnen und Tätern geführt, die dazu dienen sollen, die verschiedenen sich aus der Aktenana

	lyse ergebenden Fallgruppen in ihrer Komplexität nachvollziehbarer zu machen. Jugendhilfe-Interviews (10/2008 bis 03/2012): In einem weiteren Projektteil werden auf der Grundlage von qualitativen Interviews mit VertreterInnen der Jugendhilfe (Jugendämter/Freie Träger) die vorangegangene Betreuungsarbeit und spätere institutionelle Aufarbeitung sowie die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen bei diesen Fällen untersucht.
--	--

Veröffentlichungen:

Höynck, Theresia (2014): Monstermütter, Horrerväter, schwierige Jungen? Geschlechtsrollenstereotype bei Tötungsdelikten an Kindern. In: Baier, Dirk / Mößle, Thomas (Hrsg.): Kriminologie ist Gesellschaftswissenschaft. Festschrift zum 70. Geburtstag von Christian Pfeiffer. Baden-Baden: Nomos, S. 291-312.

Höynck, Theresia / Zähringer, Ulrike (2014): Homicide of children. In: Baier, Dirk / Pfeiffer, Christian (Hrsg.): Representative Studies on Victimization. Research findings from Germany. Wiesbaden: Springer VS.

NORDRHEIN-WESTFALEN Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug NRW (justizintern)	
Ort	Strafvollzug Nordrhein-Westfalen - landesweit
Beteiligte Personen	Wolfgang Wirth, Kriminologischer Dienst des Landes Nordrhein-Westfalen
Art der Forschung	Eigenprojekt; deskriptive Langzeitstudie
Ziel	Dokumentation von Art, Verlauf und Ergebnissen der Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen
Fragestellungen	1. Beschreibung der inhaftierten Sexualstraftäter nach Merkmalen individueller Vorgeschichte und Deliktstruktur 2. Erfassung diagnostizierter Behandlungsvoraussetzungen und -erfordernisse (Behandlungsbedürftigkeit, -Behandlungsfähigkeit, Behandlungsmotivation) 3. Dokumentation von Art, Verlauf und Ergebnissen der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen 4. Analyse der Behandlungsverläufe und -ergebnisse in Abhängigkeit von Individual- und Vollzugsmerkmalen 5. optional: Rückfallanalyse in Abhängigkeit von Individualmerkmalen und Behandlungsergebnissen
Evaluierte Behandlungsform(en)	kVT Sozialtherapie; psych. Einzel- und Gruppentherapie, soziales Training; Beratungsmaßnahmen; medikamentöse Therapie
Laufzeit/ Follow-Up	01/2000 - offen (längstens 2015)
Design	ex-post-facto – statistische Kontrastgruppenbildung unbehandelte KG und KG mit alternativer Behandlung nicht randomisiert mit stratifiziertem Matching

Datenmaterial	standardisierter Fragebogen, ausgefüllt von Fachdiensten auf der Grundlage der Beobachtung von Probanden, psychologischen Tests, psychiatrischen Gutachten, Therapieakten, Gefangenenpersonalakten, Gerichtsurteilen, BZR
Rückfalldefinition	erneute Verurteilung, erneute Inhaftierung durch BZR Unterscheidung nach Art des Sexualdeliktes
Stichprobe	Vollerhebung n=1.262 Sexualstraftäter, die von Beginn 2000 bis Mitte 2003 eine Jugend- oder Freiheitsstrafe im Strafvollzug NRW angetreten haben
Behandlungsabbruch	Behandlungsabbrecher als separate Gruppe Gründe für Behandlungsabbruch werden erfasst
Auswertung	uni- und multivariat; fehlende Werte: fallweiser Ausschluss
Einflussfaktoren	Individual – und Vollzugsmerkmale s.o.

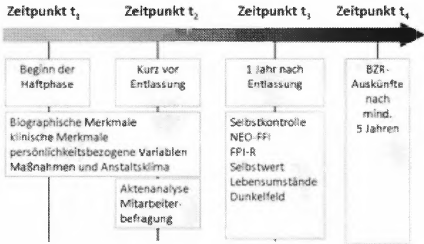
Inhalt:

Es handelt sich um eine Langzeitstudie zur Dokumentation und Analyse der Behandlung inhaftierter Sexualstraftäter, die wegen einer oder mehrerer Sexualstraftaten gemäß §§ 174 bis 180, 182 oder 183 StGB rechtskräftig verurteilt worden sind. Ziel des Forschungsprojekts ist es, die betreffenden Gefangenen anhand ausgewählter Merkmale der strafrechtlichen Vorgeschichte und individuell diagnostizierter Behandlungsvoraussetzungen zu beschreiben sowie Art, Verlauf und Ergebnisse der vollzuglichen Behandlung zu dokumentieren. Optional sollen die erhobenen Daten später zur Grundlage einer differenzierten Rückfallanalyse gemacht werden, deren Ergebnisse zur Gestaltung eines wirksamen Behandlungsvollzuges beitragen können.

Veröffentlichung:

Wirth, Wolfgang (2001): Dokumentation der Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug des Landes NRW: Skizze eines empirischen Forschungsprojektes. *Bewährungshilfe* 48 (3), 251-256.

SACHSEN	
1. Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Anstalten des Freistaates Sachsen	
2. Jugendliche Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Anstalten des Freistaates Sachsen (justizextern)	
Ort	1. Sozialtherapeutische Einrichtungen Sachsens: Waldheim, Bautzen 2. Sozialtherapeutische Abteilung: Regis-Breitingen (vormals Zeithain)
Beteiligte Personen	Dr. Gunda Wössner, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Juristische Fakultät der Universität Freiburg
Art der Forschung	Auftragsforschung; Prozessevaluation und Rückfallstudie → Sächsisches Justizministerium; Kooperation mit Prof. Dr. Roland Hefendehl, Universität Freiburg
Ziel	Darstellung und Analyse der Rückfallkriminalität von Sexualstraftätern sowie der sie bedingenden („kriminogenen Faktoren“) oder auf sie Einfluss nehmenden (therapeutische Maßnahmen, Klima in der Anstalt) Faktoren.

Fragestellungen	1. Analyse der Rückfallkriminalität von Sexualstraftätern sowie der sie bedingenden oder auf sie Einfluss nehmenden Faktoren 2. Einschätzung und Verbesserung der Rahmenbedingungen der SothAen 3. Untersuchung prognostisch relevanter Faktoren • Welche Module der Sozialtherapie sind für welchen "outcome" am wirksamsten? • Welche Zusammenhänge gibt es zwischen verschiedenen Verläufen nach Sozialtherapie und den Maßnahmen in der Sozialtherapie sowie kriminogenen und ressourcenorientierten Faktoren? • Unterscheiden sich Gewalt- und Sexualstraftäter in den zugrundeliegenden Faktoren und handelt es sich dabei um Tätergruppen mit typenspezifischen Erfordernissen? • Welche Dynamik steht hinter dem "Abbrecherphänomen"? • Wie können Rückfallprognosen verbessert werden? • Welche theoretischen Erklärungsansätze lassen sich für Sexualdelinquenz entwickeln? • Welche kriminalpolitischen Konsequenzen hat der rechtliche Anspruch auf sozialtherapeutische Behandlung eigentlich für die Vollzugspraxis, wird mit der veränderten Gesetzeslage überhaupt das verfolgte Ziel einer verbesserten Prävention erreicht?
Evaluierte Behandlungsform(en)	kVT; soziales Training; schulische und berufliche Maßnahmen BPS
Laufzeit/ Follow-Up	Januar 2004 – Dezember 2013 / 5 Jahre ab Entlassung
Design	quasi-experimentell: möglichst alle Insassen der Sozialtherapie, differenziert nach Sexual- und Gewaltstraftätern und „vergleichbare“ Probanden aus dem Regelvollzug unbehandelte KG wenn möglich: nicht randomisiert mit individuellem Matching 
Datenmaterial	eigene Interviews, psychologische Tests, Gefangenenpersonalakte, BZR und evtl. Therapieakten • ausführliche Exploration der an der Untersuchung teilnehmenden Gefangenen mittels standardisierter psychologischer Testverfahren zu ausgewählten Merkmalsbereichen, bei denen ein Zusammenhang zur Delinquenzentwicklung erwartet wird

	• halbstrukturierten Interviews mit den Probanden • Analyse der Gefangenenpersonalakte • Mitarbeiterbefragung zu Inhalten der Interventionen und Behandlungsgestaltung
Rückfalldefinition	erneute Verurteilung; evtl. Selbstberichte durch BZR und evtl. Selbstbericht Unterscheidung Deliktgruppen
Stichprobe	Vollerhebung BG: alle Sexualstraftäter und GT nach § 9 StVollzG (n>200) KG: alle Sexualstraftäter und GT im Regelvollzug (n>200) → Sexual- und Gewaltstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen und im Regelvollzug
Behandlungsabbruch	Behandlungsabbrecher als separate Gruppe weitergeführt Gründe für Behandlungsabbruch werden erfasst
Auswertung	univariat, multivariat und evtl. Zeitreihen
Einflussfaktoren	Erwartungshaltung des Klienten gegenüber therapeutischem Vorgehen; Zufriedenheit des Klienten mit Behandlung; Klima der Einrichtung

Inhalt:

Es handelt sich um eine prospektive Rückfallstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit der Sozialtherapie mit folgenden Fragestellungen:

Welche Merkmale weisen Sexualstraftäter auf? Welche Personen erweisen sich als für die Sozialtherapie (nicht) geeignet? Wie und durch welche Maßnahmen verändern sich Personen in der Sozialtherapie? Mit welchen Faktoren hängt Rückfälligkeit zusammen?

Dabei soll im Zusammenhang mit der allgemeinen Kriminalitätstheorie von Gottfredson und Hirschi auch untersucht werden, inwieweit Sexualstraftäter bezüglich eines Rückfalls überhaupt eine spezifische Gruppe bilden. Diese Fragestellungen sollen zusätzlich für jugendliche Sexualstraftäter untersucht werden.

Weitere Informationen:

http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/sexualstraetaer_sozial.htm [13.08.2013]

http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/archiv/jugendliche_sexualstraetaer.htm [13.08.2013]

http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/sexualstraetater_entlassung.htm [13.08.2013] → Dissertation Sonja Brauner: Lebensverläufe von Sexualstraftätern nach Entlassung. Eine empirische Untersuchung über die Bedeutung der Lebensgestaltung gefährlicher Straftäter für die Rückfallgefahr

http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/junge_haftentlassene.htm [13.08.2013] → Dissertation von Elke Wienhausen-Knezevic: Junge Haftentlassene zwischen Abhängigkeit und Autonomie. Eine empirische Untersuchung über die Wiedereingliederung junger Intensivtäter und die Bedeutung der Eigeninitiative

Veröffentlichungen:

Wößner, Gunda (2002): Behandlung, Behandelbarkeit und Typisierung von Sexualstraftätern. Ergebnisse einer bundesweiten Expertenbefragung. Freiburg i. Br.: Arbeitsberichte aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht.

Verfügbar unter: <http://www.mpicc.de/shared/data/pdf/a3.pdf> [17.03.2011]

Wößner, Gunda (2006): Typisierung von Sexualstraftätern: Ein empirisches Modell zur Generierung typenspezifischer Behandlungsansätze. Berlin: Duncker & Humblot.

Wößner, Gunda / Groß, Juliane (2009): Differenzierung von Gewalt- und Sexualstraftätern: Vergleichende Typisierung der beiden Tätergruppen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (MschrKrim) 92 (6), S. 547-563.

Wößner, Gunda (2010): Classifying Sexual Offenders And Empirical Model for Generating Type-Specific Approaches to Intervention. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 54 (3), S. 327-345.

Wößner, Gunda / Vogt, Horst (2010): Die Bedeutung von Störungen durch psychotrope Substanzen bei jugendlichen Strafgefangenen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (MschrKrim) 93 (5), S. 382-391.

Wößner, Gunda / Maier, Ilina / Sibold, Manuela (2010): Die sozialtherapeutische Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter: Ziele, Praxis, Divergenzen & Kongruenzen. In: Briken, Peer / Spehr, Aranke / Romer, Georg / Berner, Wolfgang (Hrsg.): Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 273-290.

Hefendehl, Roland (2010): Sozialtherapie: Was der Gesetzgeber wollte und die Praxis macht. Erste Ergebnisse aus einem kriminologischen Forschungsprojekt. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (MschrKrim) 93 (1), S. 24-41.

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

Wößner, Gunda / Wienhausen-Knezevic, Elke / Rauschenbach, Jana (2013): Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug – und dann? In: Dölling, Dieter / Jehle, Jörg-Martin (Hrsg.): Täter – Taten – Opfer. Grundlagenfragen und aktuelle Probleme der Kriminalität und ihrer Kontrolle. Neue Kriminologische Schriftenreihe, Bd. 114, Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg, S. 643- 671.

Wößner, Gunda / Hefendehl, Roland / Albrecht, Hans-Jörg (2013) (Hrsg.): Sexuelle Gewalt und Sozialtherapie. Bisherige Daten und Analysen zur Längsschnittstudie "Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen". Berlin: Duncker & Humblot.

SACHSEN-ANHALT	
Kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle (justizextern)	
Ort	Justizvollzugsanstalt Halle II – Sozialtherapeutische Anstalt (seit 2010 Abteilung)
Beteiligte Personen	Prof. Dr. Kai-D. Bussmann, Ministerium der Justiz des Landes Sachsen-Anhalt Juristische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Art der Forschung	geförderte Forschung (seit 2005 DFG); Prozess- und Ergebnisevaluation: Rückfallstudie
Ziel	Inwieweit kann durch sozialtherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug das Rückfallrisiko dieser Tätergruppe gesenkt werden?

Fragestellungen	1. Lassen sich durch die Sozialtherapie (gezielt) dynamische Risikofaktoren beeinflussen und wie? 2. Wie stabil sind die erzielten Veränderungen unter den Bedingungen der Freiheit? Einfluss auf Legalbewährung? 3. Unterschiede im Vergleich zu Referenzgruppen 4. Welchen Einfluss haben Rahmenbedingungen? 5. Gibt es Selektionsprozesse bei der Probandenrekrutierung für die Sozialtherapie?
Evaluierte Behandlungsform(en)	kVT; Einzeltherapie; zusätzliche Interventionsmaßnahmen BPS
Laufzeit/ Follow-Up	Juni 2001 – (evtl. August) 2012
Design	vorexperimentelles Design – Pre-Post-Design quasi-experimentell – unbehandelte KG + KG mit alternativer Behandlung nicht randomisiert mit stratifiziertem (ggf. individuellem) Matching + natürlich vorliegende Gruppen
Datenmaterial	Kriminologische Interviews mit Gefangenen zu allen Messzeitpunkten, psychologische Testverfahren der SothA Halle, biographische Aufnahmebögen, psychiatrische Gutachten, Gefangenenpersonalakten, BZR, postalische Befragung, Experteneinschätzungen
Rückfalldefinition	erneute Verurteilung, erneute Inhaftierung, Lapses durch BZR, Selbstbericht, Auskünfte BewHi u. ä. Unterscheidung nach Deliktgruppen
Stichprobe	Vollerhebung (SothA Halle) BG: alle Sexualstraftäter in SothA Halle (geplant: n>150) Referenzgruppen: 1. therapeutisch nicht behandelte Sexualstraftäter im Regelvollzug Sachsen-Anhalts 2. therapeutisch behandelte Sexualstraftäter im Regelvollzug 3. sozialtherapeutisch behandelte Nicht-Sexualstraftäter (als Vergleichsgruppe) 4. Abbrecher der Sozialtherapie
Behandlungsabbruch	Behandlungsabbrecher als separate Gruppe Gründe für Behandlungsabbruch werden erfasst
Auswertung	uni- und multivariat, Zeitreihen, qualitative Auswertung, ALM, Pfad- und Mehrebenenmodelle
Einflussfaktoren	Erwartungshaltung des Klienten gegenüber dem therapeutischen Vorgehen; Interaktion innerhalb der Gruppe; Basisangaben zum therapeutischen Personal; Zufriedenheit des Klienten mit Behandlung; Klima der Einrichtung; Einschätzung Klient zum eigenen Therapieerfolg, Zufriedenheit Klient mit Personal und Einrichtung

Inhalt:

Es handelt sich um eine Bewertung der sozialtherapeutischen Behandlung in Halle mit Hilfe eines Pre-Posttest-Designs unter späterer Überprüfung der Legalbewährung. Zusätzlich zur Ergebnisevaluation findet eine Prozessevaluation statt, mit Hilfe derer der psychosozia-

le Status der Probanden zu verschiedenen Zeitpunkten während ihres Aufenthaltes in der SothA Halle untersucht wird. Es werden sowohl statische, semistatische und dynamische Faktoren als auch Anstaltsparameter berücksichtigt, um ein möglichst komplexes Bild von den Inhaftierten zu erhalten.

Veröffentlichungen:

Bohley, Stefanie (2008). Sozialisationsbedingungen von Straftätern – Eine empirische Untersuchung zur Sozialisation am Beispiel verurteilter Sexualstraftäter im Vergleich zur „Normal“-Bevölkerung. (Diplomarbeit).

Niemeczek, Anja (2008). Sexistische Einstellungen – Ein Vergleich von Sexualstraftätern und strafrechtlich nicht in Erscheinung getretenen Personen. (Diplomarbeit).

Gallrein, Anne-Marie Brigitte (2009). Der Glaube an eine Gerechte Welt bei Sexualstraftäten. (Bachelorarbeit).

Thyrolf, Anja (2010). Das soziale Klima im Strafvollzug. Die Gefangeneninteressen im Kontext der Resozialisierung. (Diplomarbeit).

Richter, Kathrin (2003). *Fragebogen zur Erfassung von Empathie bei Sexualstraftätern (FEES)*. (Diplomarbeit).

Bussmann, Kai-D. / Seifert, Simone / Richter, Kathrin (2007): Sozialtherapie im Strafvollzug: Die kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle (Saale). In: Bender, Doris / Jehle, Jörg-Martin / Lösel, Friedrich (Hrsg.): Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik: Entwicklungs- und Evaluationsforschung. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg, S. 281-293. → ausführlich zum Untersuchungsdesign.

Bussmann, Kai-D. / Seifert, Simone / Richter, Kathrin (2008): Probanden im sozialtherapeutischen Strafvollzug: Delinquenzbelastung, Biographie und Persönlichkeitsmerkmale. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (MschrKrim) (1), S. 6-21.

Seifert, Simone / Thyrolf, Anja (2010): Das Klima im Strafvollzug. Eine Befragung von Gefangenen einer sozialtherapeutischen Einrichtung. Neue Kriminalpolitik (NK) (1), S. 23-31.

Niemeczek, Anja (2010): Sexistische Einstellungen – Ein Vergleich von Sexualstraftätern mit strafrechtlich nicht in Erscheinung getretenen Personen. Zeitschrift Polizei und Wissenschaft (1), S. 22-31.

Seifert, Simone (2014): Der Umgang mit Sexualstraftätern. Bearbeitung eines sozialen Problems im Strafvollzug und Reflexion gesellschaftlicher Erwartungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. (Dissertation)

Niemeczek, Anja (2015): Tatverhalten und Täterpersönlichkeit von Sexualdelinquenten. Der Zusammenhang von Verhaltensmerkmalen und personenbezogenen Eigenschaften. Wiesbaden: Springer VS. (Dissertation)

SCHLESWIG-HOLSTEIN Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen bei Sexualstraftätern in sozialtherapeutischer Behandlung (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilung JVA Lübeck
Beteiligte Personen	Prof. Dr. Hartmut Bosinski, Universität Kiel, Sektion für Sexualmedizin
Art der Forschung	Abschlussarbeit von Frederike Wesendahl
Ziel	Effizienz der Sozialtherapie verbessern: Problem der Behandlungsabbrüche im Sinne von vorzeitigen Rückverlegungen aus der SothA in den Regelvollzug bei Sexualstraftätern als besonders bedeutsamer Klientelgruppe der SothA
Fragestellungen	• Wie hoch ist die Quote der Behandlungsabbrüche bei Sexualstraftätern in sozialtherapeutischer Behandlung? • Welche Merkmale in der Person der behandelten Sexualstraftäter zeigen prädiktive Vorhersagekraft für einen vorzeitigen Therapieabbruch? • Welche spezifischen Eigenschaften des Behandlungsprozederes einer sozialtherapeutischen Einrichtung bilden Prädiktoren einer Rückverlegung bei Sexualdelinquenten?
Design	exploratives Design zur Hypothesengenerierung wegen des gänzlichen Mangels an Vorbefunden zu Therapieabbrüchen dieser Klientel im deutschen Strafvollzug
Datenmaterial	Ex post facto Design auf Basis einer Aktenauswertung: Gefangenepersonalakten und SothA-eigene Therapieakten → retrospektive Analyse abgeschlossener Behandlungsfälle der SothA Lübeck
Stichprobe	alle erstmals in der SothA Lübeck aufgenommenen erwachsenen Sexualstraftäter, deren Behandlung bis zum 01.05.2009 beendet war (n=54; 38 Rückverlegungen, 16 reguläre Entlassungen)
Auswertung	uni- und multivariat: deskriptive Analysen, Gruppenvergleiche, logistische Regression
Einflussfaktoren	demografische, kriminologische, psychologische sowie behandlungsbezogene Variablen, Probezeitverlängerung, Zeitdauer zwischen Inhaftierung und Behandlungsbeginn

Veröffentlichung:

Wesendahl, Frederike (2010): Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen bei Sexualstraftätern in sozialtherapeutischer Behandlung - Eine explorative Studie am Beispiel der Sozialtherapeutischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Lübeck. Kiel: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Institut für Psychologie (Diplomarbeit).

SCHLESWIG-HOLSTEIN Prädiktoren zur Vorhersage des Rückverlegungsrisikos in der Sozialtherapie (justizextern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilung JVA Lübeck
Beteiligte Personen	Prof. Dr. Daniela Hosser, TU Braunschweig, Institut für Psychologie
Art der Forschung	Abschlussarbeit von Charlotte Broschk
Ziel	Ist bereits eine Prognose von späteren Vollteilnehmern und Therapieabbrechern zum Aufnahmezeitpunkt in die Sozialtherapie möglich? Können die Faktoren <i>Sozialkontakte zu Mitgefangenen, Vorstrafen, Haftdauer vor Aufnahme in die Sozialtherapie, Adaptationsprobleme, Therapiemotivation und Soziale Außenkontakte</i> als Prädiktoren einer Rückverlegung aus der Sozialtherapie fungieren?
Fragestellungen	1. Hypothese: Kontakte zu Mitgefangenen erhöhen das Rückverlegungsrisiko. 2. Hypothese: Das Vorliegen von Vorstrafen bei Inhaftierten erhöht das Rückverlegungsrisiko. 3. Hypothese: Je länger die Inhaftierung vor Aufnahme in die Sozialtherapie andauert, desto höher ist das Rückverlegungsrisiko. 4. Hypothese: Das Auftreten von Adaptationsproblemen im Regelvollzug erhöht das Rückverlegungsrisiko. 5. Hypothese: Eine hohe Therapiemotivation senkt das Rückverlegungsrisiko. 6. Hypothese: Sozialkontakte außerhalb des Gefängnisses senken das Rückverlegungsrisiko.
Design	retrospektive hypothesengeleitete Querschnittstudie mit einem Ex-post-facto-Design: Der Vergleich der beiden Stichproben <i>Vollteilnehmer</i> und <i>Therapieabbrecher</i> erfolgt nach der Analyse bereits archivierter Informationen.
Datenmaterial	Aktenanalyse: Gefängnispersonal- und Therapieakten
Stichprobe	alle männlichen Sexual- und Gewaltstraftäter der SothA Lübeck seit 2003, n = 113 (47 Vollteilnehmer, 66 Therapieabbrecher)
Auswertung	uni- und multivariat: deskriptive Analysen, Gruppenvergleiche, logistische Regression
Einflussfaktoren	Daten zu internen sowie externen Sozialkontakten, Vorstrafen der Insassen, ihrer Aufenthaltsdauer im Regelvollzug, dortigen Adaptationsproblemen und dem Maß an vorhandener Therapiemotivation

Veröffentlichung:

Broschk, Charlotte (2012): Prädiktoren zur Vorhersage des Rückverlegungsrisikos in der Sozialtherapie. Braunschweig: Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig. Institut für Psychologie, Abteilung für Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Forensische Psychologie (Bachelorarbeit).

THÜRINGEN	
Evaluation des Anti-Aggressivitäts-Trainings (justizintern)	
Ort	Sozialtherapeutische Abteilung der JSA Ichtershausen
Beteiligte Personen	Dr. Jürgen Ptucha
Beteiligte Institution	
Art der Forschung	Ergebnisevaluation: Rückfallstudie
Ziel	
Fragestellungen	
Evaluierte Behandlungsform(en)	Anti-Aggressivitäts-Training
Laufzeit/Follow-Up	2002 – laufend (6-8 Personen pro Jahr)
Design	quasiexperimentelles Design mit nicht randomisierten Quasi-Kontrollgruppen: Wartelistenkandidaten, Abbrecher gleich am Anfang oder kurz vor dem Training sowie geeignete Kandidaten, die aber nicht wollten
Datenmaterial	
Rückfalldefinition	BZR-Einträge: Wiederverurteilungsquote, Wiederinhaftierungsquote, Verurteilung wegen einer neuen Haftstrafe wegen Gewalt
Stichprobe	Vollerhebung aller AAT-Teilnehmer; N > 40
Behandlungsabbruch	Behandlungsabbrecher als separate Gruppe Gründe für Behandlungsabbruch werden erfasst
Auswertung	
Einflussfaktoren	

Veröffentlichung:

Ptucha, Jürgen (2013): Anti-Aggressivitäts-Training (Thüringen: Jugendstrafanstalt Ichtershausen) Forum Strafvollzug – Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe (ZfStrVO) 62 (2), S.108

H.5 Leitfadenentwurf

Themenbereich „Ziele und Indikationskriterien“

- Welche Gefangenen sind von Gesetzes wegen für die Sozialtherapie vorgesehen?
- Ist im Gesetz eine „Muss“, „Soll“ oder „Kann“-Vorschrift für die Verlegung formuliert?
- Gibt es Verwaltungsvorschriften, die den Gesetzestext konkretisieren?
- Wer prüft die Indikation für Sozialtherapie? z. B. eine zentrale Einrichtung, die per Vollstreckungsplan zuständige JVA (wer ggf. dort?), die sozialtherapeutische Einrichtung? Wie läuft das Procedere ab?
- Werden Gefangene mit Drogenproblemen aufgenommen (bei Erwachsenen/Jugendlichen)? Warum/~ nicht?
- Werden Gefangene aufgenommen, die ihr Delikt leugnen? Warum/~ nicht?
- Ist die Diagnose „Psychopathy“ ein Gegenindikator? Warum/~ nicht?
- Welche Anforderungen werden an die Behandlungsmotivation gemacht?
- Ist die Behandlung auf Entlassung ausgerichtet? Oder schließt sich noch eine Phase im Regelvollzug an? Welche Überlegungen stehen dahinter?
- Wann erfolgt die Verlegung? Schon zu Beginn der Strafe? Wie viele Jahre haben die Gefangenen noch maximal vor sich, wenn sie in die Einrichtung kommen?
- Täterkreis: Werden in der Einrichtung ausschließlich Gewalt- oder Sexualdelinquenten behandelt oder gibt es eine Mischung (ggf. auch in den Wohngruppen)? Werden auch Gefangene mit anderen Delikten aufgenommen? Warum/~ nicht?
- Wie hoch ist die Mindest-Reststrafendauer, um aufgenommen zu werden?

Themenbereich „Strukturelle und prozessuale Bedingungen“

Personal

- Bestimmt die Leitung der SothA über Personalentscheidungen (zumindest mit)?
- Wird die Leitung auf den Schlüssel angerechnet oder nicht?
- Gibt es besondere Anforderungen an das Personal bei der Auswahl?
- Gibt es spezielle Fortbildungen des Personals in der Ausbildung oder zu Beginn der Arbeit in der SothA?
- Gestaltet die SothA einen eigenen Dienstplan für den AVD? Wie läuft das ab?

- Trägt der AVD Dienstkleidung (Uniform) oder nicht? Warum/~ nicht?
- Gibt es eine Integration des AVD in den AVD der „Hauptanstalt“ (z. B. Teilnahme am Nachtdienst der Gesamtanstalt)? Wie ist das Personalverhältnis AVD : Gefangene?
- Werden die Kollegen des AVD, die sich für die Arbeit in der SothA entscheiden, von den anderen Kollegen abgewertet oder ausgegrenzt oder bringt man ihnen wenig Verständnis entgegen? Wie schätzen Sie das Arbeitsklima ein?
- Wie ist das Personalverhältnis Fachdienste (PsychologInnen und SozialarbeiterInnen): Gefangene?
- Verfügen die PsychologInnen über eine Approbation? Ist das eine Bedingung bei der Einstellung?
- Welche Möglichkeit zur Supervision gibt es und welche Modalitäten (Einzel-, Fall-, Teamsupervision?) und in welchem zeitlichen Umfang? Stehen dafür gesonderte Mittel zur Verfügung?

Räume

- Gibt es Wohngruppenvollzug?
- Wie viele Gefangene sind in einer Wohngruppe untergebracht?
- Gibt es mehrfachbelegte Hafträume?
- Gibt es eigene Gruppen- und Gemeinschafts-Räume für die Sozialtherapie?
- Gibt es eigene Möglichkeiten zur Freizeitbeschäftigung/Sport- und Arbeitsmaßnahmen etc. oder nehmen die Gefangenen an den Maßnahmen der Hauptanstalt teil?
- Wie gestaltet sich die räumliche Trennung zum Regelvollzug? Wie viel Zeit pro Tag verbringen die Gefangenen der SothA mit Gefangenen des Regelvollzugs?

Vollzugliche Freiräume und Öffnung des Vollzugs

- Gibt es eigene (längere) Aufschlusszeiten in der Sozialtherapie?
- Gibt es im Vergleich zum Regelvollzug andere Vorschriften bzgl. der Hafttraumausstattung?
- Gibt es im Vergleich zum Regelvollzug eine andere Gestaltung der Gemeinschaftsbereiche?
- Gibt es im Vergleich zum Regelvollzug andere/mehr Besuchsmöglichkeiten?
- Gibt es die Möglichkeit zum Langzeitbesuch?
- Gibt es „Familientage“ o.ä., an dem Angehörige eingeladen werden?
- Welche Lockerungen sind wann (frühestens) möglich?

- Zu welchem Zeitpunkt der SothA-Behandlung werden üblicherweise Lockerungen gegeben?
- Gibt es den „Entlassungsurlaub“?
- Welche Voraussetzungen gelten für die Gewährung von Lockerungen?
- Wer entscheidet über die Gewährung der Lockerungen? Wie wird das gehandhabt?

Behandlung

- Wie erfolgt die Zuteilung der Gefangenen zu den Behandlungsmaßnahmen?
- Welche Gruppenmaßnahmen werden von wem durchgeführt? Ist Einzeltherapie vorgesehen?
- Gibt es spezielle Maßnahmen zur Motivierung?
- Ist der AVD in Behandlungsmaßnahmen (wie z. B. Gruppenbehandlung) einbezogen?
- Ist es möglich, Angehörige in die Behandlung einzubeziehen?
- (Wie) Werden Schulden reguliert?
- (Wie) Wird vor der Entlassung Kontakt zur Bewährungshilfe/Führungsaufsicht aufgenommen?

Evaluation

- Gibt es eine Basisdokumentation? Was wird dokumentiert? In welchen Abständen werden die Daten an wen übermittelt?
- Gibt es eine Kooperation mit Universitäten oder wird „intern“ beforscht? Was wird untersucht? Inwiefern sind Sie da eingebunden?
- Gibt es regelmäßige Rückmeldungen über Ergebnisse?
- Welche Schlussfolgerungen wurden/werden daraus gezogen?
- Besteht innerhalb Ihres Bundeslandes regelmäßiger Austausch mit anderen sozialtherapeutischen Einrichtungen?

Sicherungsverwahrung

- Haben Sie Erfahrung in der Behandlung von Sicherungsverwahrten bzw. von Gefangenen mit angeordneter Maßregel?
- Gibt es Besonderheiten im Umgang mit Sicherungsverwahrten? Zwischen dieser Klientel und den Bediensteten? Zwischen dieser Klientel und den anderen Gefangenen?

- Wie schätzen Sie die (zukünftige) Entwicklung im Bereich Sozialtherapie und Sicherungsverwahrte ein? Gibt es bereits spezielle Konzepte für die Umsetzung der Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts? Sind beispielsweise Unterschiede bei der räumlichen Unterbringung vorgesehen?

H.6 Transkriptionsregeln

44)	kurze Pause
(..)	mittlere Pause
(.3.)	lange Pause, Anzahl der Sekunden
(blablabla)	vermuteter Wortlaut; etwas unsichere Transkription
[.4.]	komplett unverständlich (Anzahl der Sekunden bzw. Timecode)
[..]	Auslassung eines Stückes bei der Zitation (bei Teiltranskripten)
[Anm.]	Anmerkungen / Erläuterungen bei der Zitation, ebenso Timecode
blablab-	unterbrochen worden, Abbruch im Wort / Satz
<u>blabla</u>	auffällige Betonung; betonte Worte sind unterstrichen
bla:::bla:::	auffällige Dehnung der Silbe(n)
hm(hm)	(verwunderte, erstaunte) Zustimmung
mhmh	ablehnend, verneinend
{para}	parasprachliche Äußerungen und Kommentare, wie z. B. {lacht}
/I: hm/	kurze Bemerkungen bzw. Nachfragen wurden meist im Text vermerkt

H.7 Testabkürzungen

Abkürzung	Erläuterung	Quellennachweis
Dittmann	Kriterienliste	Dittmann, V. (2000): "Gemeingefährliche" Straftäter. Delinquents "dangereux". Zürich: Rüegger.
BIS-11	Barratt Impulsiveness Scale	Barratt, E.S. (1994). Impulsiveness and Aggression. In Monahan, J. and H. J. Steadman (Eds.), Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment (pp. 61-79). University of Chicago Press, Chicago, IL.
BDHI	Buss Durkee Hostility Inventory	Buss, A. H.; Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology, Vol 21(4), 343-349
BDI	Beck-Depressions-Inventar	Beck, Aaron T.; Steer, Robert A. (1995). Beck-Depressions-Inventar (BDI): Testhandbuch. Bern: Huber.
D2	Aufmerksamkeits-Belastungs-Test	Brickenkamp, R. (2002). Test d2: Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
KV-M	Skala zur Erfassung kognitiver Verzerrungen bei Missbrauchern	Bumby, Kurt M. (1996). Assessing the Cognitive Distortions of Child Molesters and Rapists: Development and Validation of the MOLEST and RAPE Scales. In: Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 8, pp. 37-54.
E-Skala	Fragebogen zur Erfassung von Empathie	Leibetseder, M., Laireiter, A.R., Riepler, A. & Köller, T. (2001). E-Skala: Fragebogen zur Erfassung von Empathie – Beschreibung und psychometrische Eigenschaften. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 22, 70-85.
ECR-R	Experiences in Close Relationships	Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. Journal of Personality and Social Psychology, 78, 350-365.
EPI	Eysenck-Persönlichkeits-Inventar	Eggert, D. (1983). Eysenck-Persönlichkeits-Inventar. E-P-I. Göttingen: Hogrefe.
FAF	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren	Hampel, R.; Selg, H. (1975): Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF). Göttingen: Hogrefe.
FEES	Empathie bei Sexualstraftätern	Richter, Kathrin (2003). Empathie bei Sexualstraftätern. Entwicklung eines Messinstrumentes (FEES). Diplomarbeit, Halle (Saale).
FES-K	Fragebogen zur Selbstkontrolle	Grasmick, H.G., Tittle, C.R., Bursik, R.J. & Arneklev, B.J. (1993) Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. Journal of Research in Crime and Delinquency, 30:5-29.
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen	Krampen, G. (1991): Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
FOTRES	Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System	Urbaniok, F. (2004): FOTRES. Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System. Zürich: Zytglogge.
FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar	Fahrenberg, J.; Hampel, R.; Selg, H. (2010): Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R). Göttingen: Hogrefe.
GT	Gießen-Test	Beckmann, D.; Brähler, E.; Richter, H.-E. (1991): Der Gießen-Test (GT). Bern: Huber. Beckmann, D.; Brähler, E.; Richter, H.-E. (2012): Der Gießen-Test-II (GT-II). Bern: Huber.

Abkürzung	Erläuterung	Quellennachweis
GWG	Glaube an eine gerechte Welt als Motiv	Dalbert, Claudia; Montada, Leo; Schmitt, Manfred (1987). Glaube an eine gerechte Welt als Motiv (GWG): Validierungskorrelate zweier Skalen. Psychologische Beiträge 29, S. 596-615.
HCR-20	Assessing Risk for Violence	Webster, C.D.; Eaves, D.; Douglas, K.S.; Wintrup, A. (1995): The HCR-20-scheme. The assessment of dangerousness and risk. Vancouver, Canada: Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatry Services Commission. Webster, C. D.; Müller-Isberner, R. (1998): Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20. In der modifizierten und adaptierten Übersetzung der kanadischen Originalversion 2. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie.
IIP	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version	Horowitz, L.M.; Strauß, B.; Kordy, H. (1994): Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version. Weinheim: Beltz Test-Gesellschaft.
IRI	Individual differences in empathy	Davis, Mark (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach (IRI). In: Journal of Personality and Social Psychology 44, pp. 113-126.
LSI-R	Level of Service Inventory-Revised	Dahle, K.P.; Harwardt, F.; Schneider-Njepel, V. (2012): Inventar zur Einschätzung des Rückfallrisikos und des Betreuungs- und Behandlungsbedarfs von Straftätern (LSI-R). Göttingen: Hogrefe.
MALT	Münchener Alkoholismus-Test	Feuerlein, Wilhelm; Küfner, Heinrich; Ringer, Christoph; Antons-Volmerg, Klaus (1999). Münchener Alkoholismus-Test (MALT). 2. ergänzte Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH.
MWT	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest	Lehrl, S. (2005): Manual zum MWT-B. Balingen: Spitta.
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory	Hathaway, S. R.; McKinley, J.C.; Engel, R.R. (2001): Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2). Göttingen: Huber.
MSI	Multiphasic Sex Inventory	Nichols, H.R.; Molinder, I. (1984): Multiphasic Sex Inventory manual. A test to assess the psychosexual characteristics of the sexual offender. Tacoma. Deegener, G. (1996): Multiphasic sex inventory (MSI). Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei Sexualtätern. Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
MSWS	Multidimensionale Selbstwertkala	Schütz, A; Sellin, I. (2006). Multidimensionale Selbstwertkala. MSWS. Göttingen: Hogrefe.
MWT-B	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest	Lehrl, S. (2005). Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest. MWT-B. Göttingen: Hogrefe.
Nedopil	Kriterienorientierte Prognoseliste	Nedopil, N. (2005): Prognosen in der Forensischen Psychiatrie. Ein Handbuch für die Praxis. Lengerich: Pabst Science Publishers.
NEO-FFI	NEO-Fünf-Faktoren Inventar	Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
PCL-R	Psychopathy-Checkliste-Revised	Hare, R.D. (1991): The Hare Psychopathy Checklist-Revised - PCL-R. Toronto: Multi-Health Systems.

Abkürzung	Erläuterung	Quellennachweis
PFI	Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte	Seitz, W.; Rautenberg, M. (2010): Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte (PFI). Göttingen: Hogrefe.
PRISKLIM	Prokriminelle und devianzfördernde Kognition	Ortmann, R. (1987). Resozialisierung im Strafvollzug. Theoretischer Bezugsrahmen und empirische Ergebnisse einer Längsschnittstudie zu den Wirkungen von Strafvollzugsmaßnahmen. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg
PSSI	Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar	Kuhl, J., Kazén, M. (2009): Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI). Göttingen: Hogrefe.
Rasch	Kriterienorientierte Prognoseliste	Rasch, W. (1999): Forensische Psychiatrie. 2. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
RRS	Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern	Rehder, U.; Suhling, S. (2006): Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern (RRS). Verfahren zur Bestimmung von Rückfallgefahr und Behandlungsnotwendigkeit. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag (4. wesentlich erw. Auflage)
SAPROF	Structured assesment of protective factors for violence risk	de Vogel, V; de Ruiter, C.; Bouman, Y.H.A.; de Vries Robbé, M. (2009). SAPROF. Structured assesment of protective factors for violence risk. Guidelines for the assesment of protective factors for violence risk. Utrecht, Niederlande: Forum Educatief
SCL-90-R	Symptom-Checkliste von L.R. Dero-gatis	Franke G.H. (2002): Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R). Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
SKID I und II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV	Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.; Fydrich, T. (1997): SKID I und SKID II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV. Göttingen: Hogrefe.
SORAG	Sex Offender Risk Appraisal Guide	Quinsey V.L., Harris G.T., Rice M.E., Cormier C.A. (2006): Violent Offenders – Appraising and Managing Risk. Washington DC: American Psychological Association.
STABLE-2007	Instrument zur Erfassung dynamischer Risikofaktoren bei Sexualstraftätern	Matthes, A.; Rettenberger, M., (2008). Die deutsche Version des STABLE-2007. Wien: Institut für Gewaltforschung und Prävention
STAI	State-Trait-Angstinventar	Laux, L.; Glanzmann, P.; Schaffner, P.; Spielberger, C.D. (1983). State-Trait-Angstinventar. STAI. MSWS. Göttingen: Hogrefe.
Static-99	Instrument zur Erfassung von Risiko-faktoren bei Sexualstraftätern	Hanson, R. K.; Thornton, D. (1999): Static 99. Improving risk assessments for sex offenders. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada. Hanson, K.; Harris, A.; Phenix, A.; Thornton, D. (2003): Die revidierten Kodierungsrichtlinien des STATIC-99. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Martin Rettenberger. Bundesministerium für Justiz (Hrsg.). Ottawa.
STAXI	State-Trait-Ärgerausdrucksinventar	Schwenkmezger, Peter; Hodapp, Volker; Spielberger, Charles D. (1992). Das State-TraitÄrgerausdrucksinventar (STAXI), Handbuch. Göttingen: Huber.
self-efficacy	Rosenberg-Skala	Rosenberg, Morris (1989). Society and the Adolescent Self-Image. Revised edition. Middletown: Wesleyan University Press

H.8 Behandlungsprogrammabkürzungen

Abkürzung	Erläuterung	Quellennachweis
AAT	Anti-Aggressivitäts-Training	Weidner, J. (1997). Gewalt im Griff: Neue Formen des Anti-Aggressivitäts-Trainings. Weinheim: Beltz. Weidner, J. (2008). AAT – Anti-Aggressivitätstraining für Gewalttäter. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
BIG	Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewalttäter	Demmerling, R. (2012). Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewalttäter (BiG). In: Wischka, B.; Pecher, W. & van den Boogaart, H. (Hrsg). Behandlung von Straftätern – Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. Freiburg: Centaurus, S. 454-464.
BPG	Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter	Feelgood, S. (2008). Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter. BPG. Sozialtherapeutische Anstalt, Brandenburg an der Havel (unveröffentlicht).
BPS	Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter	Wischka, B., Foppe, E., Gripenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2001). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im niedersächsischen Justizvollzug. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.), Behandlung „gefährlicher Straftäter“ – Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim: Centaurus, S. 206-217. Wischka, B., Foppe, E., Gripenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2004). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS). Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
GSV	Gruppenprogramm Soziale Verantwortung	
Naikan	(Schweigeseminar)	Reynolds, D. K. (1983). Naikan psychotherapy: Meditation for self-development. Chicago: University of Chicago Press. Müller-Eberling, C. (2008). Naikan – neue Wege im Justizvollzug. Forum Strafvollzug 57, S. 183-185.
R&R	Reasoning and Rehabilitation Programm	Gretenkord, L. (2002). Das Reasoning and Rehabilitation Programm (R&R). In: R. Müller-Isberner & L. Gretenkord (Hrsg.), Psychiatrische Kriminaltherapie; Bd. 1. Lengerich: Pabst, S. 29-40.
SOTP	Sex Offender Treatment Programme	Mann, R. E. & Thornton, D. (1998). The evolution of a multi-site sexual offender treatment programme. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson & T. Ward (Hrsg.), Sourcebook of treatment programmes for sexual offenders. New York: Plenum, S. 47-57.

Veröffentlichungen der Kriminologischen Zentralstelle e.V.

(s. a. 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 67: Egg, Rudolf (Hrsg.): *Straffällige mit besonderen Bedürfnissen*. 2014.
ISBN 978-3-945037-03-4 € 22,00
- Band 66: Elz, Jutta: *Rückwirkungsverbot und Sicherungsverwahrung. Rechtliche und praktische Konsequenzen aus dem Kammerurteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte im Fall M. ./ Deutschland*. 2014. ISBN 978-3-945037-02-7 € 29,00
- 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 Straffjustiz*. 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 Straffjustiz 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: *Diversion 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

2. Berichte und Materialien (BM-Online): Elektronische Schriftenreihe

[Download PDF s. <http://www.krimz.de/bm-online.html>]

Band 3: Dessecker, Axel. *Die Vollstreckung lebenslanger Freiheitsstrafen. Dauer und Gründe der Beendigung im Jahr 2013* (2., korrigierte Aufl.). 2014. ISBN 978-3-945037-06-5

Band 2: Mander, 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 Opferhilfandschaft*. 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 Sexualstraftätern 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 Sexualstraftäter – 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 kostenfrei zugegriffen werden.