



# **Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation**

**von  
Melanie Spöhr**

Herausgegeben vom  
Bundesministerium der Justiz







Sozialtherapie von Sexualstraftätern  
im Justizvollzug:  
Praxis und Evaluation



**Sozialtherapie von Sexualstraftätern  
im Justizvollzug:  
Praxis und Evaluation**

von Melanie Spöhr

**Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

1. Auflage 2009, 1.000 Exemplare

© Forum Verlag Godesberg GmbH, Mönchengladbach

Alle Rechte vorbehalten.

Gesamtherstellung: AALEXX Buchproduktion GmbH, Großburgwedel

Printed in Germany.

ISSN 0172-7575

ISBN 978-3-936999-69-3 (Printausgabe)

ISBN 978-3-936999-70-9 (Onlineausgabe/PDF-Dokument)

Die Onlineausgabe steht zum kostenlosen Download auf der Internetseite des Bundesministeriums der Justiz ([www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de)) zur Verfügung.



## Geleitwort

Schwere Sexualstraftaten wie Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und der sexuelle Missbrauch von Kindern sind besonders abscheuliche Verbrechen. Aufgabe der Strafjustiz ist es nicht nur, solche Taten aufzuklären und zu ahnden, sondern auch sie zu verhindern. Eine Möglichkeit der Prävention ist die Therapie verurteilter Sexualstraftäter, um Rückfällen vorzubeugen.

Durch das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26. Januar 1998 wurden die gesetzlichen Möglichkeiten einer sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern erheblich ausgeweitet. Nach der seit dem 1. Januar 2003 geltenden Fassung des § 9 Absatz 1 des Strafvollzugsgesetzes gehören verurteilte Sexualstraftäter unter bestimmten Bedingungen in eine sozialtherapeutische Einrichtung.

In den Jahren 1998 bis 2007 ist die Anzahl der sozialtherapeutischen Einrichtungen von 22 auf 47 angestiegen, die Gesamtzahl verfügbarer Haftplätze in diesen Einrichtungen hat sich in diesem Zeitraum um mehr als 1000 auf 1952 Haftplätze erhöht. Dass sie auch weitgehend ausgeschöpft werden, zeigt sich an dem hohen Belegungsanteil, zuletzt knapp 93 %. Ich begrüße ausdrücklich, dass die Länder die entsprechende gesetzliche Bestimmung aus dem Jahr 1998 in dieser vorbildlichen Weise umgesetzt haben.

Aus der nationalen und internationalen kriminologischen Forschung wissen wir, dass die Behandlung von Straftätern, insbesondere von Sexualstraftätern, geeignet ist, die Rückfallrate zu verringern. Diese Erkenntnis allein reicht jedoch nicht aus. Auch die nach 1998 im deutschen Strafvollzug durchgeführten Behandlungsmaßnahmen bedürfen einer kontinuierlichen Evaluierung. Deswegen begrüße ich, dass die Mehrzahl der Länder, die über sozialtherapeutische Einrichtungen verfügen, entsprechende Forschungsaufträge erteilt hat. Das Bundesministerium der Justiz hat deshalb die Kriminologische Zentralstelle e.V. beauftragt, die Praxis der sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern und die Evaluationsprojekte zu begleiten. Ich danke den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kriminologischen Zentralstelle e.V., aber auch allen anderen Stellen, die an dieser Untersuchung mitgewirkt haben.

Der vorliegende Band vermittelt einen guten Überblick über den aktuellen Stand der sozialtherapeutischen Behandlung und über die Forschungsvorhaben zu deren Evaluation. Er ist damit für die Strafrechtspolitik und die Strafrechts- und Strafvollzugspraxis sehr wertvoll, denn er hilft uns, die richtigen Schritte zu tun, um Sexualstraftaten noch besser zu verhindern.



Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, MdB  
Bundesministerin der Justiz



## Vorwort

Die Kriminologische Zentralstelle e. V. (KrimZ), eine Forschungs- und Dokumentationseinrichtung des Bundes und der Länder, befasst sich seit vielen Jahren mit der Sozialtherapie im deutschen Justizvollzug. Neben der seit 1997 jährlich durchgeführten Stichtagserhebung in sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen des Justizvollzuges wurden u. a. auch Kolloquien zur Thematik durchgeführt.

Ziel der vorliegenden Untersuchung, die im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz durchgeführt wurde, war es, laufende Evaluationsprojekte zur sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern systematisch zu erfassen und über die Projektdauer zu begleiten. Die vergleichende Darstellung der in den sozialtherapeutischen Einrichtungen durchgeführten Behandlungskonzepte und Rahmenbedingungen war ein weiteres Ziel. Abschließend sollte ein Modellkonzept für die Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug entwickelt werden. Zu diesem Zweck wurden zahlreiche schriftliche Befragungen sowie ein Expertenkolloquium in Zusammenarbeit mit *Gunda Wößner* vom Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg durchgeführt.

Das Forschungsprojekt, das im ersten Jahr von *Kristin Schulz* geleitet wurde, endete im März 2008 mit der Vorlage des Abschlussberichtes beim Auftraggeber. Das Bundesministerium der Justiz ermöglichte in der Folgezeit auch den Landesjustizverwaltungen, Stellung zu dem Bericht zu nehmen. Entsprechende Änderungswünsche wurden eingearbeitet.

An der Durchführung des Projektes waren zahlreiche Personen und Institutionen beteiligt. Mein Dank gilt vor allem den Leiterinnen und Leitern der Evaluationsprojekte und der sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen für Ihre Teilnahme und Mithilfe. Sehr dankbar bin ich *Rudi Nebe* (Sozialtherapeutische Anstalt Kassel), *Angelika Feils* und *Michael Händel* (Sozialtherapeutische Anstalt Ludwigshafen) sowie *Norbert Andreas* und *Ursula Koepff* (Sozialtherapeutische Abteilung Würzburg) für die zahlreichen Informationen und interessanten Einblicke in die Welt der Sozialtherapie im Strafvollzug. Auch möchte ich mich beim *Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V.*, an dessen Sitzungen und Tagungen ich teilnehmen durfte, bedanken. Während der gesamten Projektlaufzeit konnte ich mich sowohl fachlich als auch menschlich auf *Rudolf Egg*, *Axel Dessecker* und das übrige KrimZ-Team verlassen. Mehrere wissenschaftliche Hilfskräfte haben bei der Dateneingabe und -auswertung, der Visualisierung der Ergebnisse sowie einigen umfangreichen Literaturrecherchen und -auswertungen mitgewirkt. Stellvertretend für alle möchte ich *Denise Wessel-Therhorn*, *Karoline Ellrich* und *Eileen Schülbe* danken, die in verschiedenen Phasen mit unterschiedlichen Aufgaben betraut waren. *Gabriele Adler* danke ich für die Erstellung der Druckvorlage.

Schließlich gilt mein besonderer Dank meinem Ehemann *Markus Spöhr*, der mich in vielfältiger Weise unterstützt hat.

Ihnen allen danke ich ganz herzlich.

Wiesbaden, im September 2009

Melanie Spöhr



# Inhalt

<b>0. Zusammenfassung</b> .....	1
<b>A. Rechtsgrundlagen</b> .....	9
A.1 Das Gesetz zur „Bekämpfung von Sexualdelikten“ .....	9
A.2 Verwaltungsvorschriften zu § 9 StVollzG .....	13
A.3 Föderalismusreform und landesrechtliche Neuregelungen .....	15
<b>B. Sexualstraftäter und Sozialtherapie</b> .....	32
B.1 Sexualstraftäter – inhaltliche und quantitative Aspekte .....	32
B.1.1 Wer ist ein Sexualstraftäter? .....	32
B.1.2 Das Hellfeld der Sexualdelinquenz .....	33
B.2 Integrative Sozialtherapie .....	36
B.2.1 Behandlung .....	36
B.2.2 Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter .....	39
<b>C. Die sozialtherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern</b> .....	42
C.1 Allgemeines .....	42
C.2 Die sozialtherapeutischen Einrichtungen .....	43
C.2.1 Allgemeine Informationen .....	43
C.2.2 Die Leitung der sozialtherapeutischen Einrichtungen ...	49
C.2.3 Belegung .....	51
C.2.4 Räumliche Gegebenheiten .....	54
C.2.5 Fortbildungsmaßnahmen .....	58
C.2.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	63

---

C.2.7 Auswahl der Insassen .....	64
C.2.8 Diagnostik .....	66
C.2.9 Rahmenbedingungen der Therapie .....	79
C.2.10 Therapieplanung .....	91
C.2.11 Behandlungsparameter .....	94
C.2.12 Lockerungen und Kontrollmaßnahmen .....	101
C.2.13 Schule, Arbeit, Freizeit .....	107
C.2.14 Außenkontakte der Insassen .....	118
C.2.15 Nachgehende Betreuung (Nachsorge) .....	120
C.2.16 Dokumentation und Forschung .....	122
C.3 Fazit .....	123
<b>D. Ambulante therapeutische Nachsorge von Sexualstraftätern der nach Entlassung aus einer sozialtherapeutischen Einrichtung ...</b>	<b>126</b>
D.1 Allgemeines .....	126
D.2 Das Angebot an ambulanten Nachsorgeeinrichtungen .....	131
D.3 Fazit .....	138
<b>E. Evaluation von Sozialtherapie im Justizvollzug .....</b>	<b>142</b>
E.1 Ergebnisse der Wirksamkeitsuntersuchungen zur Sozialtherapie .....	142
E.2 Aktuelle deutsche Evaluationsstudien zur Sexualstraftäter- behandlung in den sozialtherapeutischen Einrichtungen .....	146
E.3 Relevante Aspekte bei der Evaluation von therapeutischen Interventionen im Strafvollzug .....	150
E.3.1 Allgemeine Gesichtspunkte .....	150
E.3.2 Besonderheiten bei Ergebnisevaluationen .....	159
E.3.3 Besonderheiten bei Prozessevaluationen .....	167
E.4 Fazit .....	169

---

<b>F.</b>	<b>Überlegungen zu einer Modellkonzeption zur Evaluation der Sozialtherapie</b> .....	172
<b>G.</b>	<b>Anhang</b> .....	183
G.1	Literaturverzeichnis .....	185
G.2	Tabellen und Übersichten .....	207
G.2.1	Übersicht sozialtherapeutische Einrichtungen .....	207
G.2.2	Gesetzliche Regelungen zum Jugendstrafvollzug der Bundesländer .....	209
G.2.3	Veröffentlichungen zu den Evaluationsprojekten zur Sozialtherapie von Sexualstraftätern .....	211
G.2.4	Evaluationsleitfaden nach Stockmann .....	215
G.3	Fragebögen .....	217
G.3.1	Erhebungsbogen zur Erfassung der Evaluationsstudien .....	217
G.3.2	Erhebungsbogen zur Befragung der sozialtherapeutischen Einrichtungen .....	231
G.3.3	Erhebungsbogen zur Befragung der zentralen Einweisungseinrichtungen .....	257
G.3.4	Erhebungsbogen zur ambulanten Nachsorge .....	263





## 0. Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der EntschlieÙung des Bundesrates vom 14. März 2003 zur Evaluierung sozialtherapeutischer Maßnahmen für Sexualstraftäter im Strafvollzug wurde der Kriminologischen Zentralstelle im September 2004 vom Bundesministerium der Justiz der vorliegende Forschungsauftrag übertragen. Ziel des Projektes ist eine systematische Erfassung der in den Bundesländern laufenden Evaluationsprojekte zur sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug sowie deren kontinuierliche Begleitung. Ein weiteres Ziel des Forschungsprojektes ist die vergleichende Darstellung und Bewertung der in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen durchgeführten Behandlungskonzepte. Abschließend soll eine Modellkonzeption für die Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug entwickelt werden.

Die Konzepte der sozialtherapeutischen Einrichtungen zur Behandlung von Sexualstraftätern unterscheiden sich enorm voneinander. Es gibt kaum Möglichkeiten einheitliche Unterkategorien zu finden und diese von einander abzugrenzen. Lediglich in Teilbereichen der Behandlungsmaßnahmen (spezielle Behandlungsprogramme und therapeutische Ausrichtung) und Organisationsstruktur (Anstalt vs. Abteilung, Haftplatzkapazität, Eröffnungsperiode, Klientel und Sexualstraftäteranteil) kann man Trennungen vornehmen. Diese Heterogenität dürfte einer ebenfalls so heterogen ausgeprägten Straftätergruppe wie den Sexualstraftätern gerade angemessen sein, wenn sie den von *Andrews et al.* (1990) definierten drei Behandlungsprinzipien einer erfolgreichen Straftäterbehandlung entsprechen will.

Keine klare Vorgehensweise findet sich in der Sozialtherapie im Justizvollzug bei der Erhebung und Auswahl diagnostischer Informationen über die Klienten. Ferner fehlt eine einheitliche Definition zur Behandlungsindikation und es mangelt an ausgearbeiteten Konzepten zur Nachsorge. Problematisch erscheint zusätzlich, dass teilweise wichtige und qualitätssichernde Aspekte sozialtherapeutischen Arbeitens nicht einrichtungsübergreifend sichergestellt sind. So führt die räumliche und organisatorische Nähe von unselbständigen sozialtherapeutischen Abteilungen in einigen Bereichen zu Beeinträchtigungen bei der Umsetzung eines integrativen sozialtherapeutischen Konzeptes. Neuralgische Stellen entstehen durch den (nicht nur auf den Verwaltungsbereich bezogenen) Einsatz des Personals der sozialtherapeutischen Abteilung in der Stammanstalt und die räumliche Abhängigkeit, die zu Einschränkungen in der Außenorientierung führen (Besuchsregelungen und Möglichkeiten zur eigenen Durchführung von verschiedenen Lockerungsmöglichkeiten). Besonders Restriktionen, die durch eine zu starke Sicherheitsorientierung der Stammanstalt entstehen, führen dazu, dass die Abgrenzung zwischen „sozialtherapeutischen Abteilungen“ und lediglich „behandlungsorientierten Abteilungen“ des Regelvollzugs schwer fällt. Vorteile von unselbständigen sozialtherapeutischen Abteilungen ergeben sich hingegen vor allem in Flächenländern, die eine heimatnahe Unterbringung gewährleisten können und auch quantitativ kleineren Zielgruppen eine sozialtherapeutische Intervention in getrennten

kleinen Einheiten ermöglichen. So war die Sozialtherapie für junge und weibliche Gefangene im Justizvollzug bisher nur eine Ausnahmeerscheinung. In jüngerer Vergangenheit haben sich im Bereich des sozialtherapeutischen Jugendstrafvollzuges bereits Veränderungen ergeben, die sich in den nächsten Jahren weiter fortsetzen werden. Zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen sind häufig klientelabhängige Unterschiede festzustellen, wie z. B. bei den Möglichkeiten zur schulischen und beruflichen Ausbildung oder den Aufschlusszeiten. Gerade für die jungen Gefangenen erscheint die Entwicklung eigener bzw. die Modifikation bestehender sozialtherapeutischer Behandlungskonzepte geboten, da es neben den altersabhängigen spezifischen Bedürfnissen auch deutliche Unterschiede bei der Deliktstruktur der Gefangenen gibt und die Inhaftierungsdauer (und in der Folge die Behandlungsdauer) deutlich kürzer ausfällt.

Um zu vermeiden, dass sozialtherapeutische Abteilungen eher dem Bild der behandlungsorientierten Abteilungen des Regelvollzuges entsprechen als dem Ideal der Integrativen Sozialtherapie im Justizvollzug, sollte auf eine Einhaltung der vom *Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V.* (2007) definierten Mindestanforderungen geachtet werden. Nur wenn „Sozialtherapie drin ist, wo Sozialtherapie drauf steht“ kann auch die der Sozialtherapie im Allgemeinen bescheinigte Wirksamkeit erreicht werden. Dazu gehört aber nicht nur die Einhaltung externer (finanzieller) Faktoren, sondern auch die Sicherstellung und Umsetzung interner qualitätssichernder Maßnahmen wie die fallweise Dokumentation. Nur durch die stringente Einhaltung diesbezüglicher Qualitätsstandards und die aktive Weiterentwicklung der sozialtherapeutischen Behandlungskonzeptionen kann es eine anhaltende Wirksamkeit geben. Auch wenn die Konzeptionen der sozialtherapeutischen Einrichtungen sehr heterogen ausfallen, haben sich in den letzten Jahrzehnten wirksame Elemente herauskristallisiert, die allgemein anerkannt werden. So ist z. B. in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen der Behandlungsansatz kognitiv-behavioral ausgerichtet und wird je nach regionaler Vorliebe in unterschiedlichem Ausmaß durch tiefenpsychologische Elemente ergänzt. Hier hat sich entsprechend dem Mechanismus des Survival of the fittest ein besonders wirkungsvoller Aspekt sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug durchgesetzt. Durch Modifikationen und Erprobungen neuer Behandlungsmethoden und Programme, sowie deren Evaluationsergebnisse, werden sich auch weiterhin zunehmend wirkungsvollere Konzeptionen von Integrativer Sozialtherapie durchsetzen. Angesichts sich ständig wandelnder gesellschaftlicher Bedingungen (z. B. das rechtspolitische Klima, Gesetzesgrundlagen etc.) wird es jedoch nie das Patentrezept zur optimalen sozialtherapeutischen Behandlung im Justizvollzug geben, vor allem nicht, wenn man ganze Deliktgruppen („die Sexualstraftäter“) gleichermaßen mit einem einheitlichen Konzept bedienen will.

Zur Sicherung der durch die sozialtherapeutische Behandlung erzielten Effekte bedarf es einer geeigneten Nachbetreuung und therapeutischen Nachsorge. Dies kann nur sehr bedingt durch die sozialtherapeutischen Einrichtungen eigenständig sichergestellt werden. Externe institutionalisierte therapeutische Nachsorge wird jedoch bisher nur von einigen wenigen Ambulanzen angeboten. Das Nachsorgeangebot für aus einer Sozialtherapie entlassene Sexualstraftäter gestaltet sich sehr unterschiedlich. Das fängt

schon im Bereich der Trägerschaft an. An diesem Punkt erkennt man, dass es sich bei den Nachsorgeambulanzen für Sexualstraftäter um Angebote handelt, die nachträglich zu bereits bestehenden Tätigkeitsfeldern hinzugefügt wurden. Bei der Entwicklung und dem Aufbau des Nachsorgebereiches gab es meist keine konzeptionellen Vorgaben von staatlicher Seite, so dass sich sehr individuelle Tätigkeitsprofile herausgebildet haben. Speziell die fehlende justitielle Zuständigkeit für die Straftäter nach der Entlassung, die leeren Haushaltskassen der Bundesländer und die negative Konnotation von Täterarbeit haben zu einem Mangel an Nachsorgeambulanzen geführt. Dementsprechend gibt es zur therapeutischen Nachsorge von Sexualstraftätern, die aus dem Regelvollzug kommen, kaum empirische Untersuchungen. Orientierungspunkte für eine Evaluation und Weiterentwicklung der ambulanten Nachsorge von Sexualstraftätern können Nachsorgekonzepte im Ausland liefern, wie z. B. das Konzept des psychiatrischen-psychologischen Dienstes (PPD) im Kanton Zürich oder die Wiener Ambulanz. Neben weiterer empirischer Forschung ist auch ein deutlicher Ausbau des Angebots an Nachsorgeambulanzen notwendig. Die Versorgung sollte dabei sowohl für Sexualstraftäter aus sozialtherapeutischen Einrichtungen als auch für Sexualstraftäter, die ausschließlich im Regelvollzug untergebracht waren, sichergestellt werden (Schaser & Stierle 2005, S. 165). Die Aufgabenbereiche für die Spezialambulanzen sollten von allgemeinen sozialen Hilfen und rückfallprophylaktischen Trainings bis hin zu weitergehenden Einzel- und Gruppentherapien reichen. Um einen fließenden Übergang von der intramuralen Betreuung auf die extramurale Nachsorge zu ermöglichen, sollte die Nachsorgeambulanz bereits deutlich vor der Entlassung regelmäßigen Kontakt mit dem Probanden aufnehmen und pflegen. Zudem wären auch „mobilen Ambulanzen“ (Dönisch-Seidel 1996) denkbar, um in Krisensituationen auch für nicht im Einzugsgebiet der Nachsorgeambulanz befindlichen Klienten eine schnelle und kurzfristige Hilfe zu ermöglichen. Ebenso wie im sozialtherapeutischen Jugendstrafvollzug gibt es hier gegenwärtig einige Planungen und Entwicklungen in verschiedenen Bundesländern, wie z. B. in Bayern und Sachsen-Anhalt.

Zur Feststellung der Wirksamkeit der Sozialtherapie von Sexualstraftätern im deutschen Justizvollzug gibt es nur relativ wenige Evaluationsstudien. Die erste Wirksamkeitsstudie geht auf Rasch & Kühl (1978) zurück. Weitere wenige Legalbewährungsstudien, die sich lediglich auf einzelne sozialtherapeutische Einrichtungen bezogen, folgten in den nächsten zwei Jahrzehnten. Erst ab 1998, als die Sozialtherapie im Justizvollzug durch das „Gesetzespaket“ zu Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung eine neue Bedeutung gewann, kam auch neuer Wind in die Evaluationsforschung. Neben den häufigeren Untersuchungen zur allgemeinen Rückfälligkeit von Sexualstraftätern wurden erneut kleinere und lokal sehr begrenzte Ergebnisevaluationen präsentiert. Die bisherige Forschung hat jedoch zum einen gezeigt, dass die seit über dreißig Jahren in Deutschland bestehenden sozialtherapeutischen Einrichtungen des Justizvollzuges einen wesentlichen Beitrag dazu leisten können, die Wahrscheinlichkeit erneuter Straftaten auch und gerade bei als besonders problematisch geltenden Gefangenen wie z. B. Sexualstraftätern zu senken. Zum anderen konnte der Beweis dafür erbracht werden, dass kognitiv-behaviorale Behandlungsmaßnahmen die besten Ergebnisse erzielen. Über diese grundsätzlichen Fragestellungen hinaus, scheint erst in

den letzten fünf Jahren die Basis für eine umfassendere Evaluation der sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern gegeben zu sein, wie man an den aktuellen Forschungstätigkeiten sehen kann. Die laufenden Evaluationsprojekte weisen sehr spezifische und differenzierte Fragestellungen auf und sind häufig als multizentrische Studien angelegt. Die Fragestellungen der aktuellen Evaluationsstudien im Bereich der Sozialtherapie zielen nicht mehr nur auf Ermittlung spezifischer Rückfallquoten ab, sondern reichen von der Erfassung selektiver Prozesse bei der Auswahl der Klienten für eine Sozialtherapie über die Wirkungsfeststellung einzelner Behandlungsmodule auf den Therapieerfolg bis zur Überprüfung der Qualität der Sozialtherapie. Damit decken die Evaluationsstudien ein sehr weites Themenspektrum mit teilweise hohen methodischen Ansprüchen ab, die einen großen Erkenntnisgewinn über die Sozialtherapie im Justizvollzug erwarten lassen.

Perfekte und methodisch unangreifbare Evaluationsforschung wird es jedoch in einem so komplexen System wie der Sozialtherapie nie geben, da zu viele Bedingungen kontrolliert werden müssten. Aber auch wenn es keine ideale Lösung mit detaillierten Vorgaben darüber geben kann, wie man Sozialtherapie (von Sexualstraftätern) im Justizvollzug evaluieren soll, gibt es einige benennbare Aspekte, die bei der Evaluationsforschung zu beachten sind. Neben den allgemeinen Qualitätsstandards der *Deutschen Gesellschaft für Evaluation* zu den Aspekten Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit kann man relevante Bereiche einer Forschungskonzeption benennen. Diese lassen sich nach allgemeinen und forschungszielspezifischen Aspekten differenzieren: Grundsätzlich ist zwischen Ergebnis- und Prozessevaluationen zu unterscheiden. Ergebnisevaluationen (summative Evaluationen) haben zum Ziel, Hypothesen nach Abschluss der Intervention zu prüfen, um die Wirksamkeit zu ermitteln. Demgegenüber wird bei einer Prozessevaluation (formativen Evaluation) anhand regelmäßig erstellter Zwischenziele eine Modifikation und Verbesserung einer laufenden Intervention vorgenommen. Während bei einer summativen Evaluation von Sozialtherapie die Nettowirkung des sozialtherapeutischen Vorgehens und seiner einzelnen Bestandteile im Mittelpunkt steht, wird im Rahmen von formativen Evaluationen eine Bewertung der Programmimplementation sowie die Prüfung der Programmreichweite mit Hinblick auf das Ziel durchgeführt, um die sozialtherapeutische Intervention zu verbessern. Unabhängig von der leitenden Fragestellung und Zielsetzung der Evaluation muss immer eine Berücksichtigung und Kontrolle potentieller Störvariablen erfolgen. Dabei sind die hypothesenfremden Störvariablen zu identifizieren und statistisch zu kontrollieren, um die Kausalinterpretation nicht zu gefährden. Erfasst werden sollten je nach Fragestellung z. B. Angaben zum therapeutisch tätigen Personal, Häufigkeit und Dauer der Therapiesitzungen, besondere Vorfälle in der sozialtherapeutischen Einrichtung (Personalwechsel, Konflikte etc.), zusätzlich durchgeführte therapeutische, schulische, berufliche und sonstige Maßnahmen und vieles andere mehr. Die Liste potentieller Störvariablen ist in einem komplexen sozialen System wie der Integrativen Sozialtherapie im Justizvollzug nahezu endlos. Es lassen sich weiterhin interne und externe Faktoren der sozialtherapeutischen Behandlung von (Sexual-) Straftätern unterscheiden. Als intern sind alle Institutions- und klientenabhängigen

Variablen anzusehen. Externe Einflüsse ergeben sich während (Justiz und Gesellschaft) und nach der sozialtherapeutischen Behandlung (Art und Ausmaß der Nachbetreuung). Diese stehen in einem interaktiven Verhältnis zueinander und sind daher nicht trennscharf.

Neben der Kontrolle der „richtigen“ Störvariablen ist es notwendig, dass die Gruppe der Behandlungsabbrecher der Sozialtherapie genau erfasst und – im Idealfall – als separate Gruppe in der Untersuchung weitergeführt werden. Die Behandlungsabbrecher nehmen eine Schlüsselposition bei der Evaluation der sozialtherapeutischen Behandlung im Justizvollzug ein, da durch sie Defizite erkennbar werden und ebenfalls als ein Erfolgsmaßstab fungieren können. Je höher der Anteil an Behandlungsabbrecher, desto wahrscheinlicher sind Mängel bei der Indikation, Selektion, Programmkonzeption oder -umsetzung vorhanden. Sie stellen also einen wichtigen Indikator für die Effektivität der Sozialtherapiekonzeptionen im Justizvollzug dar. Ferner ist z. B. darauf zu achten, dass die Stichprobe repräsentativ und ausreichend groß genug ist. Optimal sind Vollerhebungen, die in einem limitierten Forschungsfeld wie der Sozialtherapie von (Sexual-)Straftätern auch gut umsetzbar sind und bereits in manchen aktuellen Evaluationsprojekten durchgeführt werden.

In Abhängigkeit von der vorhandenen Fallzahl ergeben sich entsprechende Konsequenzen für die möglichen statistischen Auswertungsmethoden und die Aussagekraft der Ergebnisse. Die Wahl der Erhebungsinstrumente kann ebenfalls zahlreiche validitätsgefährdende Stolpersteine bereitstellen. Beispielsweise können psychologische Testverfahren zu verzerrenden Daten führen, wenn sie an nicht adäquaten Populationen normiert, die Grenzwerte nicht optimal festgelegt wurden oder die sozial erwünschten Antworten zu leicht erkennbar sind. Ähnlich problematisch erscheint die Wahl einer geeigneten Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe. Es ist beispielsweise nicht nur mühsam, eine geeignete Kontrollgruppe zusammenzustellen, sondern es erweist sich auch als schwierig, neben den Daten über den Verlauf der Inhaftierung im Regellvollzug auch die notwendigen diagnostischen Daten der Kontrollprobanden zu erhalten. Hinzu kommen Probleme und Verzerrungen, die durch die Person des Evaluators entstehen. Bei internen (Selbst-)Evaluationen sind bewusste und unbewusste Verzerrungen möglich, aber es herrscht eine große Kenntnis über das Forschungsfeld und die problembehafteten Bereiche vor. Externe Evaluatoren müssen sich erst in das Forschungsgebiet inhaltlich einarbeiten, aber bei ihnen besteht nicht die Gefahr einer „Betriebsblindheit“. Leichterem Zugang zu den Akteuren des Forschungsgebietes (z. B. Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes der sozialtherapeutischen Einrichtung) zu Forschungszwecken haben jedoch interne Akteure. Hier wären Kooperationen von Praktikern und Wissenschaftlern sehr sinnvoll, um die genannten Probleme bei der Evaluation zu vermeiden. Der Nachuntersuchungszeitraum ist zwar von der Fragestellung der Evaluation abhängig (Lang- und Kurzeffekte der sozialtherapeutischen Behandlung), aber aufgrund rechtlicher und pragmatischer Erwägungen hat sich ein 5jähriger Follow-Up-Zeitraum bei Ergebnisevaluationen zur Rückfälligkeit bewährt. Für solche Untersuchungen bieten sich immer Bundeszentralregisterauszüge an. Will man die Struktur und Wirkungen von Sozialtherapie erforschen, sollten aber vielfältige Datenmaterialien herangezogen werden. Welche sich am besten eignen

(Therapieakten, Gefangenenpersonalakten, Gerichtsurteile, psychologische Testverfahren etc.), ist jedoch abhängig von der leitenden Fragestellung der Evaluation und den zeitlichen und personellen Ressourcen. Schließlich spielt das Kriterium, an dem der Erfolg der Sozialtherapie gemessen werden soll, eine entscheidende Rolle. Es müssen nicht nur die Indikatoren für einen „Erfolg“ der Sozialtherapie festgelegt werden, sondern auch Grenzwerte definiert werden. Das kann zu Verzerrungen durch false positives und false negatives führen. Neben diesen methodischen Überlegungen gibt es inhaltliche Aspekte, die bei der Evaluation von Sozialtherapie beachtet werden sollten. Diese resultieren aus dem von *Stockmann* (2006) entwickelten Evaluationsleitfaden.

Demnach gibt es insgesamt fünf Themenblöcke und Analysefelder, die bei der Evaluation zu beachten sind:

- Programm und Umwelt

Hier soll eine detaillierte Beschreibung der jeweiligen sozialtherapeutischen Intervention vorgenommen werden. Dabei sind nicht nur die einzelnen Maßnahmen zu erfassen, sondern auch die konkreten Interventionsziele zu benennen. Dazu gehört auch, dass expliziert wird, in welchen Bereichen welche Wirkungen erreicht werden sollen (z. B. dauerhafte Verhaltensänderungen bei den Klienten oder Verbesserung des therapeutischen Klimas) und welche kausalen Zusammenhänge dabei als bedeutsam erachtet werden. Zusätzlich muss eine Darstellung der vorhandenen personellen, strukturellen und finanziellen Ressourcen erfolgen. Schließlich muss die Zielgruppe der jeweiligen sozialtherapeutischen Behandlung beschrieben werden (z. B. soziodemographische und diagnostische Variablen), um u. a. später feststellen zu können ob diese auch von dem Angebot erreicht wurden. Speziell bei Prozessevaluationen müsste in diesem Bereich auch die Deskription der einzuführenden Neuerungen erfolgen. Zum Umweltaspekt zählen aber nicht nur die Bedingungen der sozialtherapeutischen Einrichtung, sondern auch die rechtlichen, politischen, wirtschaftlichen und sonstigen gesellschaftlichen Gegebenheiten, die die Wirksamkeit und Arbeitsweise der sozialtherapeutischen Behandlung beeinflussen.

- Programmverlauf

Hierunter fällt u. a. die Analyse des Behandlungsbedarfes, die Berücksichtigung von Aspekten, die die Nachhaltigkeit der Sozialtherapien sichern (Nachbetreuung und Nachsorge) und das Vorhandensein eines wirksamen Qualitätsmanagements.

- Interne Wirkungsfelder

In diesem Analysefeld geht es um die Feststellung der organisatorischen Leistungsfähigkeit der sozialtherapeutischen Einrichtung. Hier müssen alle konzeptionellen und strukturellen Rahmenbedingungen erfasst werden. Dies fängt an bei der Darstellung der Profession und Qualifikation des (therapeutisch) tätigen Personals und der Erfassung von Fluktuationen in diesem Bereich. Ferner müssen Zuständigkeiten, Informationsflüsse und Arbeitsbeschreibungen

erfolgen (z. B. Darstellung Konferenzsystem, Einbezug in Therapieplanungen usw.). Auch die finanzielle Ausstattung, um beispielsweise externe Therapeuten für Supervisionen oder Fortbildungen einsetzen zu können, sind ein weiteres Unterelement dieses Analysefeldes. Weiterhin sind die räumlichen Gegebenheiten der jeweiligen sozialtherapeutischen Einrichtung bei der Analyse zu berücksichtigen. Die Einstellungen der sozialtherapeutischen Mitarbeiter zu einzelnen sozialtherapeutischen Maßnahmen oder ihren Klienten können zusätzlich erfasst werden. Letztlich sollten einzelnen Elemente der Integrativen Sozialtherapie (z. B. schulische und berufliche Ausbildung oder therapeutische Einzelmaßnahmen) auf ihre positiven und negativen Wirkungen hin untersucht und erfasst werden, um die Effektivität der sozialtherapeutischen Vorgehensweise überprüfen und ggf. modifizieren zu können.

- Externe Wirkungsfelder

Die externen Wirkungsfelder beziehen sich vor allem auf die Adressaten der sozialtherapeutischen Intervention. Gegenstand ist also die Aufdeckung der Zufriedenheit und der aktiven Beteiligung der (Sexual-)Straftäter bezüglich des Behandlungsprogramms und die Akzeptanz der Behandlungsziele. Ferner soll ermittelt werden, wie hoch der Anteil der Probanden ist, die als Zielgruppe erreicht werden sollte. Bei diesem Analysefeld können, wie bereits mehrfach erwähnt, vor allem die Behandlungsabbrecher sehr hilfreich sein. Weiterhin sollen die Vor- und Nachteile, die der Zielgruppe (aber auch der Nicht-Zielgruppe) durch die Teilnahme an der sozialtherapeutischen Behandlung direkt und indirekt entstehen, beleuchtet werden. Im Hauptinteresse der meisten Evaluationen der Sozialtherapie wird jedoch stehen, festzustellen, welche Brutto- und Nettowirkungen auf die Legal- und Sozialbewährung durch die Intervention erreicht wurden und wie sich diese gesellschaftlich auswirken (Zuwachs an Sicherheit für die Allgemeinheit, Gewinn an Arbeitskräften usw.).

- Programmqualität

Bei dem letzten Analysefeld sollen alle zuvor gesammelten und erhobenen Daten der vorherigen vier Bereiche abschließend bezüglich ihrer Qualität bewertet werden. Neben der Beurteilung des Qualitätsgrades der Programm- und Behandlungsimpementation sowie deren Integrität soll auch die Leistungsfähigkeit der sozialtherapeutischen Maßnahmen und Einrichtungen sowie die Qualität der externen Wirkungen (z. B. bezüglich der Sicherheit oder Gesetzgebung) bewertet werden.

Die Darstellung und Übertragung des Leitfadens auf das Forschungsfeld der Sozialtherapie ist nicht als erschöpfend anzusehen. Weitere Details der jeweiligen Analysefelder müssen anhand der speziellen Fragestellungen eines Evaluationsprojektes ergänzt oder übertragen werden. Prinzipiell gibt der Leitfaden jedoch alle für eine Evaluation der Sozialtherapie notwendigerweise zu beachtenden Themenbereiche vor. Je mehr Evaluationen anhand dieser Systematik vorgenommen werden, desto leichter wäre eine Vergleichbarkeit der Studien gegeben, um z. B. meta-analytische Auswertungen, einen Vergleich lokaler Einrichtungsprofile untereinander oder Veränderungen über die Zeit hinweg in der (strukturellen und inhaltlichen) Konzeption einzelner Einrichtungen vornehmen zu können. Forschungsbedarfe bestehen z. B. im Bereich fundierter Effizienzuntersuchungen der Sozialtherapie im Justizvollzug, zur umfassenden Erforschung differentieller Wirkungen und – resultierend aus den neuen Jugendstrafvollzugsgesetzen – bei der vertiefenden Evaluation der Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug.



## A. Rechtsgrundlagen

Vor dem Hintergrund der EntschlieÙung des Bundesrates vom 14. März 2003 zur Evaluierung sozialtherapeutischer Maßnahmen für Sexualstraftäter<sup>1</sup> im Strafvollzug (BR-Drs. 851/02-Beschluss) wurde der Kriminologischen Zentralstelle im September 2004 vom Bundesministerium der Justiz der vorliegende Forschungsauftrag übertragen. Ziel des Projektes ist eine systematische Erfassung der in den Bundesländern laufenden Evaluationsprojekte zur sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug sowie deren kontinuierliche Begleitung. Ein weiteres Ziel des Forschungsprojektes ist die vergleichende Darstellung und Bewertung der in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen durchgeführten Behandlungskonzepte. Abschließend soll eine Modellkonzeption für die Evaluation sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug entwickelt werden.

Seit knapp 40 Jahren (1969) gibt es sozialtherapeutische Einrichtungen in Deutschland. Diese waren zunächst nur als eigenständige Maßregel zur Unterbringung gem. § 65 StGB a. F. vorgesehen. Das Gesetz, das neben anderen Tätergruppen auch für Sexualstraftäter vorgesehen war, ist jedoch aufgrund zahlreicher finanzieller und personeller Schwierigkeiten niemals geltendes Recht geworden (*Rasch* 1985). Die Behandlung eines Gefangenen in einer sozialtherapeutischen Einrichtung des Justizvollzuges erfolgte in den folgenden Jahren somit nicht nach richterlicher Anordnung, sondern auf Antrag des Gefangenen selbst (vgl. *Egg* 1997). Die Verlegung wurde bis Ende 2002 ausschließlich auf der Basis einer so genannten Vollzugslösung (§ 9 StVollzG a. F.) geregelt.

### A.1 Das Gesetz „zur Bekämpfung von Sexualdelikten“

Das Gesetz zur „Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ vom 26.01.1998 (BGBl. I S. 160) hatte eine besondere Bedeutung für die sozialtherapeutischen Einrichtungen. § 9 StVollzG über die Aufnahme von Sexualstraftätern und anderen Gefangenen in eine sozialtherapeutische Einrichtung wurde reformiert. In der seit 01.01.2003 geltenden Fassung bestimmt § 9 Abs. 1 StVollzG, dass Sexualstraftäter in eine sozialtherapeutische Einrichtung zu verlegen sind, wenn sie „zu zeitiger Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden (sind) und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt [...] angezeigt ist.“ § 9 Abs. 2 StVollzG sieht vor, 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.“

Die Sozialtherapie wird damit vorrangig als Behandlungsmethodik für Sexualstraftäter vorgesehen. Bei Sexualstraftätern, die unter die Bestimmungen des § 9 Abs. 1 StVollzG fallen und die aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht in eine sozi-

---

<sup>1</sup> Aus Platzgründen und zur sprachlichen Vereinfachung werden in der Regel nicht die weiblichen und männlichen Bezeichnungen angegeben, sondern der neutrale Oberbegriff, auch wenn er mit der männlichen Bezeichnung identisch sein sollte.

altherapeutische Einrichtung verlegt werden können, erfolgt halbjährlich eine Überprüfung der Verlegungsvoraussetzungen (vgl. *Rehn* 2006a, Rn. 8 zu § 9 StVollzG). Das Gesetz legt jedoch nicht konkreter fest, wann eine Behandlung angezeigt ist, so dass die Auslegung der Behandlungsseignung sehr unterschiedlich vorgenommen werden kann.<sup>2</sup>

Weiterhin wurden durch das Gesetz zur „Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ auch die Anordnungsmöglichkeit für die Sicherungsverwahrung erleichtert und die Schwelle für vorzeitige Entlassungen erhöht (*Boetticher* 1998, S. 357; *Fehlenberg* 2003, S. 145; vgl. *Kury* 2001, S. 70; *Wischka* 1999, S. 18 ff.). Die Strategie dieser gesetzlichen Neuregelungen war einerseits eine härtere Bestrafung und andererseits die Einführung einer Therapiepflicht<sup>3</sup> bestimmter Tätergruppen zum besseren Schutz der Allgemeinheit (*Schaser & Stierle* 2005, S. 12; *Schmucker* 2005, S. 129).

Die Therapiepflicht für Gefangene gem. § 9 Abs. 1 StVollzG hat(te) mehrere Konsequenzen für die Sozialtherapie im Justizvollzug. Die wichtigste und äußerlich umfangreichste war die enorme Ausweitung des Haftplatzangebotes in den sozialtherapeutischen Einrichtungen.<sup>4</sup> Alle Bundesländer mussten innerhalb weniger Jahre entsprechende Anstalten und Abteilungen eröffnen, um nicht nur den zur Sozialtherapie verpflichteten Straftätern genüge zu tun, sondern auch anderen Straftätern, bei denen eine Behandlung erfolgversprechend wäre. Neben dem Haftplatzausbau musste auch das Behandlungsangebot an die veränderte Klientel in den sozialtherapeutischen Einrichtungen angepasst werden. Es wurden spezielle Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter nach anglo-amerikanischem Vorbild eingeführt und ausgebaut.<sup>5</sup> Weitere Änderungen in der Konzeption der sozialtherapeutischen Einrichtungen wurden vorgenommen, die in Kapitel C ausführlich geschildert werden. Durch die gesetzlichen Neubestimmungen wurden aber nicht nur die Konzeptionen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen stark beeinflusst, sondern es wurde auch die Stellung dieser Einrichtungen deutlich verbessert, wenn auch die Erwartungen an diese gestiegen sind (*Egg* 2007).

Vorteil der Therapiepflicht in § 9 Abs. 1 StVollzG ist, dass gerade die Straftäter, die behandlerisch erreicht werden sollen und können, zur Entwicklung und Förderung einer intrinsischen Behandlungsmotivation in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden, auch wenn diese kein eigenes Interesse an einer Therapie haben (*Dahle* 1997, S. 149; *Ziethen* 2002, S. 25 f.). Zu Beginn haben die gem. § 9 Abs. 1 StVollzG verlegten Gefangenen meist nur eine extrinsische Motivation zur Teilnahme (z. B. Hoffnung

---

<sup>2</sup> Siehe näher dazu Kapitel C.2.8.

<sup>3</sup> Durch die Gesetzesänderungen entstand nicht nur eine Pflicht für die sozialtherapeutische Behandlung von geeigneten Sexualstraftätern, sondern auch ein Recht eines Gefangenen gem. § 9 Abs. 1 auf einen entsprechenden Haftplatz. (*Wischka* 2004a, S. 283)

<sup>4</sup> Sowohl die Anzahl der sozialtherapeutischen Einrichtungen als auch das Haftplatzangebot haben sich zwischen 1997 und 2007 mehr als verdoppelt (1997: 20 sozialtherapeutische Einrichtungen mit 888 Haftplätzen versus 2007: 47 sozialtherapeutische Einrichtungen mit 1.952 Haftplätzen) (*Spöhr* 2007, S. 6ff).

<sup>5</sup> S. hierzu Kapitel B.2.2 und C.2.11.

auf eine schnelle Gewährung von Vollzugslockerungen, einer vorzeitigen Entlassung und sonstigen Vergünstigungen) (*Dahle* 1997, S. 150). Eine derartige extrinsische Motivation wirkt sich aber nachteilig auf eine (konstruktive) Klient-Therapeuten-Beziehung aus, da der Therapeut als justitieller Vertreter gesehen wird (vgl. *Cuadra* 1996), der bei allzu großer Offenheit und Ehrlichkeit keine positive Stellungnahme für Lockerungen des Vollzuges erstellen könnte und eine Meldepflicht gegenüber der Staatsanwaltschaft hat (*Alex* 2006, S. 107). Neben der Rollenzuschreibung der therapeutisch tätigen Mitarbeiter in den sozialtherapeutischen Einrichtungen und ihren Folgen für einen Beziehungsaufbau kann zusätzlich eine Reaktanz bei den Klienten hervorgerufen werden, die eine Verstärkung schädlicher Verhaltensweisen und Kognitionen bewirken kann (vgl. *Schriever* 2006, S. 262). Somit kann sich die Therapiepflicht aber sogar kontraproduktiv auswirken. Zur Vermeidung solcher negativen Prozesse muss vor Beginn der eigentlichen Sozialtherapie eine zumindest partielle Transformation der extrinsischen Motivation in eine intrinsische stattfinden.

Aus der Therapiepflicht resultiert eine Rückverlegungspraxis der sozialtherapeutischen Einrichtungen (vgl. *Alex* 2006, S. 107), die sich in zweifacher Weise negativ auf die betroffenen Gefangenen auswirkt. Dadurch, dass die Leitung der sozialtherapeutischen Einrichtung kein direktes Mitspracherecht bei der Verlegung von Gefangenen gem. § 9 Abs. 1 StVollzG hat, können auch zahlreiche für das in der jeweiligen sozialtherapeutischen Einrichtung vorherrschende Therapieangebot ungeeignete Gefangene in die Einrichtung gelangen. Diese werden nach einer Probephase „aus Gründen, die in der Person des Gefangenen liegen“ wieder in den Regelvollzug zurückverlegt.<sup>6</sup> Aus zahlreichen Rückfallstudien ist jedoch bekannt, dass Rückverlegte eine besonders hohe Rückfallquote haben (vgl. *Schmucker* 2004, S. 205 f.; *Schüler-Springorum* 2003, S. 590; *Wößner* 2006).<sup>7</sup> Hinzu kommt, dass die rückverlegten Gefangenen auch eine Eintragung über einen misslungenen Versuch einer sozialtherapeutischen Behandlung in ihre Gefangenenpersonalakte erhalten. Diese Eintragung kann negative Auswirkungen auf die Legalprognose und den späteren Vollzugsverlauf haben (*Alex* 2006, S. 105; vgl. auch *Feest & Lesting* 2005; *Dünkel* 2004).

Auch erscheint es für die Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit abträglich, dass Sexualstraftäter, die eine geringere Rückfallquote (vgl. *Berner* 1998, S. 66; *Habenicht* 2005, S. 32; *Tausendteufel, Bindel-Kögel & Kühnel* 2006, S. 94) als viele andere Straftätergruppen (z. B. Diebe und Räuber) haben, bevorzugt werden, und andere therapiegeeignete und -willige Gefangene aufgrund immer noch knapper Haftplatzkapazitäten<sup>8</sup> nicht behandelt werden können, obwohl diese viel eher eine Wiederholungsgefahr befürchten lassen (vgl. *Alex* 2006, S. 105). In der Fachliteratur wird daher darauf hingewiesen, dass sich die Fassung des § 9 Abs. 1 StVollzG als zu eng erweist, da

---

<sup>6</sup> So betrug die Quote der durch die Anstalt zurückverlegten Gefangenen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen zwischen 1997 und 2007 durchschnittlich rund 30 % (*Spöhr* 2007, S. 55).

<sup>7</sup> S. Kapitel E.3.1.

<sup>8</sup> *Rehn* (2001) hat einen Mindestbedarf von 3.000 bis 4.000 sozialtherapeutischen Haftplätzen ermittelt. Die zum 31.03.2007 verfügbare Haftplatzanzahl von 1.952 in den sozialtherapeutischen Einrichtungen liegt deutlich unter diesem errechneten mengenmäßigen Bereich.

einerseits nur auf Sexualstraftäter abgestellt wird und andererseits das Hauptkriterium für eine Indikationsprüfung ein bestimmter Straftatbestand ist und nicht nur das (Rückfall-) Gefährdungspotential (z. B. *Alex* 2006, *Dahle* 1997, *Schaser & Stierle* 2005).

Die Erhöhung der Strafrahmen im Sexualstrafrecht (6. Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 26.01.1998; BGBl I, S. 164 und das 33. Strafrechtsänderungsgesetz vom 01.07.1997; BGBl I, S. 1607) ließ eine deutliche Veränderung bei der Sozialtherapie-klientel bezüglich der Dauer der Freiheits- bzw. Jugendstrafe erwarten (*Boetticher* 1998, S. 357). Diese hat sich aber nur hinsichtlich des Anteils der Insassen mit einer lebenslangen Freiheitsstrafe bestätigt, der sich seit dem Stichtag 1997 von 3,8 % (31 Gefangene) auf 7,6 % (31.03.2007; 134 Gefangene) verdoppelt hat (*Spöhr* 2007, S. 12 und 40).

Die genannten Strafverschärfungen haben jedoch Auswirkungen auf die Verweildauer der Straftäter im Strafvollzug, da deutlich seltener vorzeitige Entlassungen aus einer sozialtherapeutischen Einrichtung vorgenommen werden (vgl. *Alex* 2006, S. 105 f.; s. Tab. A.1).

*Tabelle A.1: Übersicht über die Entlassungen aus den sozialtherapeutischen Einrichtungen 1997 – 2007<sup>9</sup>*

Stichtags- erhebung zum 31.03. des Jahres	Entlassungen				
	vorzeitig		Strafende		Gesamt <sup>1</sup>
	n	%	n	%	n
1997	177	77,0	50	21,7	230
1998	155	74,5	50	24,0	208
1999	174	77,0	52	23,0	226
2000	169	60,1	101	35,9	281
2001	176	72,4	67	27,6	243
2002	237	66,4	120	33,6	357
2003	163	60,8	105	39,2	268
2004	185	60,1	123	39,9	308
2005	184	51,1	170	47,2	360
2006	203	52,2	186	47,8	389
2007	228	54,3	192	45,7	420

<sup>1</sup> Die Gesamtangabe stimmt nicht mit der Summe der beiden separaten Kategorien überein, da teilweise keine Angaben über die Art der Entlassung gemacht werden konnten.

<sup>9</sup> Die Daten entstammen den jährlichen Stichtagsberichten zur Sozialtherapie der KrimZ (zuletzt *Spöhr* 2007).

Das Gesamtverhältnis der Entlassungen zu allen übrigen Abgangsformen (planmäßige Verlegungen, Rückverlegungen und sonstige Abgänge) blieb in diesem Zeitraum mit durchschnittlich 48 % relativ konstant (*Spöhr* 2007, S. 55). Die Reduzierung des Anteils der vorzeitigen Entlassungen und die seltener gewährten Vollzugslockerungen führen zu dem Problem, dass die Straftäter ohne gründliche Vorbereitung in die Freiheit entlassen werden, was ein unkalkulierbares Risiko zur Folge hat (z. B. *Rehn* 2004, S. 208; *Schriever* 2006, S. 266; s. auch Kapitel C.2.12).

Insgesamt betrachtet haben die gesetzlichen Änderungen im Bereich der Sozialtherapie deutliche Veränderungen bewirkt. Die sozialtherapeutischen Einrichtungen mussten eine Anpassung ihrer Konzeptionen vornehmen, die zu einer Weiterentwicklung der „integrativen Sozialtherapie“ (s. Kapitel B.2), insbesondere für Sexualdelinquenten, geführt hat.

## A.2 Verwaltungsvorschriften zu § 9 StVollzG

In den meisten Bundesländern ist § 9 StVollzG bis heute für die Verlegung von Gefangenen in eine sozialtherapeutische Einrichtung maßgeblich. Lediglich Bayern, Hamburg und Niedersachsen haben nach dem Übergang der Gesetzgebungskompetenz für den Strafvollzug auf die Länder bisher umfassende neue Vorschriften eingeführt, deren Voraussetzungen teilweise von denen des § 9 StVollzG abweichen.<sup>10</sup> In den nächsten Monaten ist mit weiteren Neuregelungen zu rechnen. Da sich die meisten Ländergesetze auf den Jugendstrafvollzug beschränken, bleibt die nachfolgende Darstellung der Verwaltungsvorschriften zu § 9 StVollzG aktuell. Für Bayern, Hamburg und Niedersachsen liegen bisher lediglich die neuen Gesetzestexte vor.

Die nähere Ausgestaltung des § 9 StVollzG obliegt den Bundesländern. Aus diesem Grunde wurde im November 2004 eine Umfrage bei den einzelnen Landesjustizverwaltungen durchgeführt. Es wurde darum gebeten, existierende Verwaltungsvorschriften und vergleichbare Regelungen zu § 9 Abs. 1 und 2 StVollzG zur Auswertung schriftlich zur Verfügung zu stellen. Die Umfrage ergab, dass sechs Bundesländer keine Verwaltungsvorschriften und auch sonst keine internen Regelungen zu § 9 StVollzG erlassen haben. In Bremen als siebtem Bundesland bestand dafür auch kein Anlass, da Bremen keine sozialtherapeutische Einrichtung besitzt. In zwei Bundesländern wurden zwar keine Verwaltungsvorschriften auf Landesebene erlassen, dennoch existieren jeweils anstaltsinterne Vorgaben zu den Aufnahmeregelungen nach § 9 StVollzG. Der Grund hierfür mag sein, dass es in diesen Bundesländern (Schleswig-Holstein, Berlin) jeweils nur eine sozialtherapeutische Einrichtung für Männer gibt und somit nicht auf landeseinheitliche Regelungen geachtet werden muss. In Berlin gibt es zwar zwei sozialtherapeutische Einrichtungen, jedoch hat die Neuregelung des § 9 StVollzG hauptsächlich für den Männervollzug praktische Bedeutung. Die restlichen sieben Bundesländer haben Verwaltungsvorschriften erlassen, in Hamburg jedoch nur zu § 9 Abs. 1 StVollzG und

---

<sup>10</sup> In Bayern wird die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung in Artikel 11 BayStVollzG, in Hamburg in § 10 HmbStVollzG und in Niedersachsen in § 104 NJVollzG geregelt.

in Sachsen nur zu § 9 Abs. 2 StVollzG. Eine kurze Übersicht zur Verteilung der Bundesländer findet sich in der folgenden Tabelle (Tabelle A.2).

Die Verwaltungsvorschriften zu § 9 StVollzG einschließlich der anstaltsinternen Vorgaben zur Aufnahme eines Gefangenen der insgesamt neun Bundesländer wurden in einem nächsten Schritt nach bestimmten Kriterien ausgewertet und miteinander verglichen. Die zu vergleichenden Kriterien betrafen das Alter des Gefangenen, den Strafreis, die Indikations- und Ausschlusskriterien, die Indikationsstellung und deren Entscheidungsgrundlage, die Gründe einer Rückverlegung sowie eine eventuell vorhandene Aufnahme auf Probe (Probezeit), eine Warteliste und ggf. vorliegende Besonderheiten.

*Tabelle A.2: Übersicht über Verwaltungsvorschriften zu § 9 StVollzG in den Bundesländern*

Landeseinheitliche Verwaltungsvorschriften	Anstaltsinterne Vorgaben	Keine Verwaltungsvorschriften
Baden-Württemberg	Berlin	Brandenburg
Bayern	Schleswig-Holstein	Bremen
Hamburg		Nordrhein-Westfalen
Hessen		Rheinland-Pfalz
Mecklenburg-Vorpommern		Saarland
Niedersachsen		Sachsen-Anhalt
Sachsen		Thüringen

Nur in zwei Ländern (Baden-Württemberg, Berlin) wurden konkrete Angaben zum Alter des aufzunehmenden Gefangenen gemacht, das jeweils 40 bzw. 45 Jahre nicht übersteigen sollte. Außer in den bayerischen Verwaltungsvorschriften zum StVollzG finden sich bei jedem Bundesland Angaben zur minimalen und maximalen Höhe des zu verbleibenden Strafreises bei Aufnahme in eine sozialtherapeutische Einrichtung. Nach den ausgewerteten Verwaltungsvorschriften sollte der Strafreis eines Gefangenen, der sozialtherapeutisch behandelt werden soll, im Durchschnitt mindestens 18 Monate (Spannbreite 12 - 24 Monate) und maximal knapp vier Jahre (Spannbreite 18 Monate - 5 Jahre) betragen. Zu den Indikationskriterien finden sich in den verschiedenen Verwaltungsvorschriften relativ einheitliche Angaben, die meist die Therapiefähigkeit, -bedürftigkeit und -motivation betreffen, jedoch fehlt meist eine Definition dieser Kriterien. Ebenso einheitlich verteilen sich die folgenden Ausschlusskriterien: Untersuchungs-, Auslieferungs-, Abschiebehafte (in 90 % der Fälle aufgeführt), Suchtmittelproblematik (80 %), psychotische/hirnorganische Symptomatik (70 %), mangelnde Sprachkenntnisse (55 %), Intelligenzminderung (45 %). Die Indikationsstellung findet immer im Einvernehmen zwischen der Leitung der sozialtherapeutischen Einrichtungen und der Leitung der einweisenden Justizvollzugsanstalt statt, häufig stellt die Einweisungsabteilung oder eine Auswahlkommission die Indikation zur sozialtherapeutischen Behandlung. Als Entscheidungsgrundlage dient hierbei in den meisten Fällen die Behandlungsuntersuchung durch den psychologischen Dienst der aufnehmenden Anstalt oder durch die Stammanstalt, so wie von § 6 StVollzG vorgesehen.

Bei den Gründen zur Rückverlegung variieren die Angaben jedoch stark. Die Abweichungen reichen von überhaupt fehlenden Angaben über „Nichteignung“ mit lediglich einem Verweis auf § 9 Abs. 1 StVollzG bis zu konkreten Angaben wie: „bei Nichtrückkehr von Lockerungen, Konsum von Drogen, Verstößen gegen die Hausordnung etc.“ Da § 9 StVollzG die Aufnahme von Gefangenen in die sozialtherapeutischen Einrichtungen regeln soll, könnten auch die Kriterien Probezeit und Warteliste eine Rolle in den Verwaltungsvorschriften spielen. Allerdings werden dazu nur in einigen Fällen konkrete Angaben gemacht. In Baden-Württemberg, Niedersachsen und Sachsen ist eine Probezeit von drei bzw. vier Monaten vorgesehen und in Baden-Württemberg, Hessen, Schleswig-Holstein und Sachsen ist eine Warteliste eingeführt, wobei jedoch Gefangene nach § 9 Abs. 1 StVollzG bevorzugt aufgenommen werden. In den Fällen, in denen die Verwaltungsvorschriften sowohl für Gefangene, die nach § 9 Abs. 1 StVollzG als auch für diejenigen, die nach Absatz 2 verlegt werden, gelten, wird kaum ein Unterschied zwischen den Gefangenen gemacht. Lediglich in einigen Ländern wird auf Besonderheiten verwiesen, wie z. B. ein Antrag des Gefangenen auf Rückverlegung als zusätzlicher Grund einer Rückverlegung bei „Absatz 2-Gefangenen“.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Verwaltungsvorschriften und anstaltsinternen Vorgaben zur Verlegung eines Gefangenen in eine sozialtherapeutische Einrichtung nach § 9 StVollzG ein relativ einheitliches Bild bieten. Größere Abweichungen betreffen nur die Gründe, nach denen ein Gefangener zurückzuverlegen ist. Auffällig ist, dass in den seltensten Fällen Unterschiede in den Aufnahmekriterien zwischen Sexualstraftätern, die nach § 9 Abs. 1 StVollzG und anderen Gefangenen, die nach § 9 Abs. 2 StVollzG aufgenommen werden, existieren. Sexualstraftäter werden jedoch zwingend in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt, wohingegen andere Gefangene sich freiwillig für eine Therapie bewerben. Daher sollten die Verwaltungsvorschriften auf Besonderheiten der beiden Gruppen getrennt eingehen, wenn es z. B. spezifisch um die Frage geht, ob ein Gefangener, nachdem er zuvor zurückverlegt wurde, erneut aufgenommen werden kann. Bei Sexualstraftätern ist z. B. nach § 7 Abs. 4 StVollzG über eine Verlegung, d. h. auch eine erneute Wiederaufnahme, jeweils nach Ablauf von sechs Monaten neu zu entscheiden. Zuletzt soll nochmals angemerkt werden, dass sechs Bundesländer mit sozialtherapeutischen Einrichtungen keine Verwaltungsvorschriften erlassen haben, die die Aufnahme von Gefangenen in eine sozialtherapeutische Einrichtung regeln. Dies betrifft sogar zwei Länder, die mehr als eine sozialtherapeutische Einrichtung zur Behandlung von Straftätern unterhalten, so dass dort eine Einheitlichkeit im Aufnahmeverfahren von Gefangenen möglicherweise nicht gewährleistet ist.

### **A.3 Föderalismusreform und landesrechtliche Neuregelungen**

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 31.05.2006 (BvR 1673/04 und 2 BvR 2402/04) für die Bundesländer eine Verpflichtung zur Erstellung einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage für den Jugendstrafvollzug bis zum 01.01.2008 geschaffen (*BVerfG NJW* 2006, S. 2093 ff.). Bedingt durch diese Entscheidung hat das Bundesjustizministerium am 07.06.2006 einen Gesetzesentwurf zur

Regelung des Jugendstrafvollzugs vorgelegt.<sup>11</sup> Durch die am 01.09.2006 in Kraft getretene Föderalismusreform können die Bundesländer u. a. den Strafvollzug gesetzlich neu regeln. Neben der Pflicht zum Erlass eigener Jugendstrafvollzugsgesetze, besteht für jedes Bundesland auch die Möglichkeit, die übrigen Bereiche des Strafvollzuges neu zu normieren. Das Strafvollzugsgesetz bleibt dabei bis zur Ablösung durch Landesrecht weiter bestehen. Der Übergang der Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf die Länder hat gerade im Bereich des Strafvollzuges Ängste bezüglich einer „Rechtzersplitterung“ und an durch fiskalische Zwänge bedingte Qualitätsmängel im Jugendstrafvollzug geweckt (Maelicke 2006; Ostendorf 2008, S. 14). Inwiefern diese Befürchtungen auf den Bereich der Sozialtherapie zutreffen, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

Zur Erstellung eigenständiger Jugendstrafvollzugsgesetze schlossen sich meist kleinere Bundesländer zu der sog. „9er-Gruppe“ zusammen (Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen), um einen einheitlichen Entwurf zu erarbeiten. Im Verlauf des Entwicklungsprozesses eines gemeinsamen Jugendstrafvollzugsgesetzes trat Sachsen, das ursprünglich sogar den Strafvollzug für Erwachsene und Jugendliche in einem Regelwerk zusammenfassen wollte (vgl. Dünkel 2007, S. 1), als zehntes Bundesland der Gruppe bei. Die endgültige Fassung der 10er-Gruppe ist dabei nicht absolut wortgleich, sondern zeigt an verschiedenen Stellen kleinere Unterschiede, die aber auf die grundsätzliche normative Ausrichtung der einzelnen Themenbereiche keinen Einfluss haben.<sup>12</sup> Eigene Wege gingen Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Von diesen entwarfen drei Bundesländer keine eigenständigen Jugendstrafvollzugsgesetze, sondern Strafvollzugsgesetze, die im Fall von Bayern und Niedersachsen separate Regelungsabschnitte für Jugendliche enthalten, wohingegen im Hamburger Strafvollzugsgesetz die Bestimmungen des Jugendstrafvollzuges nicht einmal in einem gesonderten Abschnitt behandelt werden. Diese „Komplettpaketlösungen“ bergen die Gefahr, dass die Besonderheiten des Jugendstrafvollzuges nicht deutlich genug herausgestellt sind, obwohl der Vollzug einer Jugendstrafe in eine sensible, zukunftsweisende Phase eingreift und einwirkt (vgl. Dünkel 2007, S. 2; Eisenberg 2007, S. 153; Ostendorf 2008, S. 14).

---

<sup>11</sup> Bundesministerium der Justiz (2006). *Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Jugendstrafvollzuges (GJVollz)*. Stand: 7. Juni 2006. Berlin: Bundesministerium der Justiz [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.bmj.de/media/archive/1237.pdf> [04.02.2008]. Der Entwurf wird im Folgenden mit „E-BMJ“ gekennzeichnet.

<sup>12</sup> So hat z. B. Bremen in § 105 BremJStVollzG ergänzt, dass „das notwendige Angebot an sozialtherapeutischen Plätzen (...) in länderübergreifender Zusammenarbeit in anderen Anstalten vorgehalten“ werden kann. Da in Bremen nur sehr wenige Gefangene für eine Sozialtherapie in Betracht kommen, wird sich die Einrichtung einer eigenen sozialtherapeutischen Abteilung oder Anstalt nicht rechnen. Es existiert bereits im Bereich der Sozialtherapie eine Vollzugsgemeinschaft mit Niedersachsen. Der diesbezügliche Paragraph wurde daher diesem Länderspezifikum entsprechend ergänzt, ohne den gemeinsamen Grundgedanken zu verändern.



In den nun geltenden (Jugend-)Strafvollzugsgesetzen<sup>13</sup> finden sich einige Differenzen zwischen den Bundesländern, die auch Auswirkungen auf die Sozialtherapie im Justizvollzug haben werden. Im Schwerpunkt sollen im Folgenden entsprechend dem Forschungsinteresse die neuen Regelungen zur „Sozialtherapie“ und „nachgehenden Betreuung“ betrachtet werden. Dabei wird die 10er-Gruppe gemeinschaftlich betrachtet, soweit keine deutlichen Abweichungen zwischen den betreffenden Bundesländern bestehen. Mit berücksichtigt werden die Begründungen der Bundesländer zu den Jugendstrafvollzugsgesetzen, soweit sie bis Redaktionsschluss vorlagen.

In allen Jugendstrafvollzugsgesetzen wurde die Sozialtherapie integriert (s. Tab. A.3). Bisher wurden sozialtherapeutische Einrichtungen ohne eine bestehende gesetzliche Verpflichtung eingerichtet. Die Entwicklung der Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug verlief daher deutlich anders als die der sozialtherapeutischen Einrichtungen für (männliche) erwachsene Gefangene.<sup>14</sup> Nachdem bereits seit 1972 in der sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigshafen neben Erwachsenen auch Jugendliche behandelt wurden (s. *Schmitt* 1978), wurde 1979 in Siegburg (Nordrhein-Westfalen) die erste ausschließlich für Jugendstrafgefangene vorgesehene sozialtherapeutische Abteilung eröffnet. Diesem Beispiel folgten zwei weitere Bundesländer (Baden-Württemberg: Crailsheim 1982 und Niedersachsen: Hameln 1980). Bis einschließlich 1997 blieb es bei diesen lediglich drei bzw. vier<sup>15</sup> sozialtherapeutischen Einrichtungen für junge Gefangene<sup>16, 17</sup>. Erst ab 1998 gab es wieder Bewegung in der Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug. So eröffneten zwischen 1998 und 2000 vier weitere sozialtherapeutische Abteilungen (Adelsheim, Hamburg-Hahnöfersand, Hameln II und Zeithain<sup>18</sup>). Danach stagnierte die Entwicklung wieder und bekam zur letzten Stichtagserhebung (31.03.2007) deutlichen Aufwind durch die Inbetriebnahme dreier neuer sozialtherapeutischer Abteilungen (Neuburg-Herrenwörth, Wriezen und Herford). Damit sind zum 31.03.2007 in sieben Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen) 10 sozialtherapeutische Einrichtungen im Jugendstrafvollzug vorhanden gewesen.

---

<sup>13</sup> Stand: Februar 2008; Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e. V. (2008). Jugendstrafvollzugsgesetz IV: (Jugend-) Strafvollzugsgesetze der Länder. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.dvjj.de/artikel.php?artikel=984> [04.02.2008]. Eine Übersicht über die einzelnen Gesetzlichen Regelungen zum Jugendstrafvollzug findet sich im Anhang G.1.2.

<sup>14</sup> Die folgenden Daten und Angaben entstammen soweit nicht anders gekennzeichnet dem Stichtagsbericht Sozialtherapie 2007 der KrimZ (Spöhr 2007).

<sup>15</sup> Die Aufnahme von Jugendstrafgefangenen in der sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigshafen endete 1991 nach Eröffnung der benachbarten Jugendstrafanstalt Schifferstadt.

<sup>16</sup> Die Insassen im Jugendstrafvollzug werden im Folgenden als „junge Gefangene“ bezeichnet, da es sich bei der Mehrheit der Gefangenen um Jungerwachsene handelt. Jugendliche machen nur etwa einen Anteil von 7 - 12 % im Jugendstrafvollzug aus (*Dinkel & Geng* 2007b, S. 69).

<sup>17</sup> Die sehr sporadische Existenz von sozialtherapeutischen Einrichtungen im Jugendstrafvollzug begründete sich meist durch den Verweis darauf, dass das Streben nach dem Erziehungsziel schon die Elemente einer Sozialtherapie enthielte (*Schüler-Springorum* 2003, S. 581).

<sup>18</sup> Im Laufe des Jahres 2007 wurde der Jugendstrafvollzug der JVA Zeithain einschließlich der Sozialtherapie in die neu eröffnete JVA Regis-Breitungen verlegt.

Weitere Planungen zum Ausbau des sozialtherapeutischen Angebots für junge Gefangene gibt es u. a. in Bayern<sup>19</sup>, Berlin<sup>20</sup>, Mecklenburg-Vorpommern<sup>21</sup> und Schleswig-Holstein<sup>22</sup>. Im Gegensatz zum Erwachsenenstrafvollzug wurde und wird die Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug aber nicht nur für Sexualstraftäter, sondern auch für Gewaltstraftäter errichtet und ausgebaut. Der Trend zum Ausbau der sozialtherapeutischen Einrichtungen für junge Sexual- und Gewaltstraftäter dürfte sich durch die seit 01.01.2008 gültigen Regelungen zur Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung verstärken (s. Tab A.3). Die Ausweitung der Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug wird allerdings sukzessive erfolgen, da viele Bundesländer (längere) Übergangsfristen vorgesehen haben.<sup>23</sup>

---

<sup>19</sup> In Bayern sollen insgesamt 160 sozialtherapeutische Haftplätze für Gewaltstraftäter verteilt auf ca. ein Dutzend Justizvollzugsanstalten eingerichtet werden. Darunter werden sich auch 32 Haftplätze für junge Gefangene befinden. (s. Begründung zum Gesetzesentwurf - Bayerisches Strafvollzugsgesetz (BayStVollzG) [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.dvjj.de/download.php?id=620> [05.03.2008]).

<sup>20</sup> Senatsverwaltung der Justiz (2007). *Jugendstrafvollzugsgesetz verabschiedet: Jugendstrafvollzug in Berlin gesetzlich geregelt (Pressemitteilung Nr. 58/2007 vom 06.12.2007)*. [Internet] Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/sen/justiz/presse/archiv/20071206.1300.90486.html> [07.02.2008].

<sup>21</sup> In der JVA Neustrelitz ist die Einrichtung einer sozialtherapeutischen Abteilung für junge Gefangene geplant (Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern (2008). *Die Zukunft des Justizvollzuges und der Sozialen Dienste der Justiz in Mecklenburg – Vorpommern*. [Internet] Verfügbar unter: <http://www.jm.mv-regierung.de/doku/vollzugskonzept.pdf> [05.02.2008].)

<sup>22</sup> In der JVA Schleswig sollen 30 sozialtherapeutische Haftplätze für junge Gefangene eingerichtet werden. (Kieler Nachrichten (2008). „*Dazu brauchen wir kein Erziehungscamp*“ [Internet] Verfügbar unter: [http://www.ln-online.de/artikel/2285354/%84Dazu\\_brauchen\\_wir\\_kein\\_Erziehungscamp%93.htm](http://www.ln-online.de/artikel/2285354/%84Dazu_brauchen_wir_kein_Erziehungscamp%93.htm) [05.03.2008].)

<sup>23</sup> So z. B. in Bayern (s. Begründung zum BayStVollzG: a. a. O.) und in Sachsen-Anhalt (Begründung zum JStVollzG LSA, [Internet] Verfügbar unter: <http://www.dvjj.de/download.php?id=693> [05.03.2008]) bis zum 31.12.2012 sowie in Schleswig-Holstein bis 2010 (Kieler Nachrichten (2008), a. a. O.).

Tabelle A.3: Übersicht über die gesetzlichen Bestimmungen zur Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug der Bundesländer<sup>24</sup>

Urheber Paragraph oder Artikel		
9er	14	Gefangene können/sollen in einer sozialtherapeutischen Abteilung untergebracht werden, wenn deren besondere therapeutische Mittel und soziale Hilfen zum Erreichen des Vollzugsziels angezeigt sind.
BW	28	(1) Junge Gefangene können in einer sozialtherapeutischen Abteilung untergebracht werden, soweit deren besondere therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zum Erreichen des Erziehungsziels angezeigt sind. In Betracht kommen insbesondere junge Gefangene, bei denen erhebliche Entwicklungs-, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen vorliegen, die in der Tat hervorgetreten sind. (2) Ist eine Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Abteilung aus Gründen, die nicht in der Person des Gefangenen liegen, nicht möglich, sind anderweitige therapeutische Behandlungsmaßnahmen zu treffen. (3) Der junge Gefangene wird aus der sozialtherapeutischen Einrichtung in den Regelvollzug zurückverlegt, wenn der Zweck der Sozialtherapie nicht erreicht werden kann.
BY	11	[...](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.
	132	(1) Junge Gefangene sind in eine sozialtherapeutische Einrichtung einer Jugendstrafvollzugsanstalt zu verlegen, wenn die Wiederholung einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder § 182 StGB zu befürchten und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung nach Art. 129 Abs. 2 Satz 2 oder Art. 130 Abs. 3 angezeigt ist. (2) Andere junge Gefangene, von denen schwerwiegende Straftaten gegen Leib oder Leben oder gegen die sexuelle Selbstbestimmung zu erwarten sind, sollen in eine sozialtherapeutische Einrichtung einer Jugendstrafvollzugsanstalt verlegt werden, wenn deren besondere therapeutische Mittel und soziale Hilfen zu ihrer Resozialisierung angezeigt sind. (3) Art. 11 Abs. 3 bis 5 und Art. 117 gelten entsprechend.

<sup>24</sup> In der Tabelle wird Sachsen-Anhalt aufgrund starker Unterschiede zur sonstigen gemeinschaftlichen Ausrichtung der anderen neun Bundesländer („9er“) der 10er Gruppe separat aufgeführt. Da es teilweise leichte Variationen im Wortlaut der Jugendstrafvollzugsgesetze der 9er-Gruppe gibt, wird hier beispielhaft die mehrheitlich verwendete Gesetzesfassung aufgelistet. Eine Übersicht über die genauen Bezeichnungen der einzelnen Jugendstrafvollzugsgesetze und weitere Informationen: siehe Anhang 6.2.2.

HE	12	<p>(1) Gefangene können in einer sozialtherapeutischen Abteilung untergebracht werden, soweit deren besondere therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zum Erreichen des Erziehungsziels angezeigt sind. In Betracht kommen insbesondere Gefangene, bei denen eine erhebliche Störung der sozialen und persönlichen Entwicklung vorliegt.</p> <p>(2) Ist eine Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Abteilung aus Gründen, die nicht in der Person der Gefangenen liegen, nicht möglich, sind anderweitige therapeutische Behandlungsmaßnahmen zu treffen.</p>
HH	10	<p>(1) Gefangene sind in eine sozialtherapeutische Einrichtung zu verlegen, wenn sie wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 des Strafgesetzbuches zu einer Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren oder zu einer Jugendstrafe verurteilt worden sind und die Behandlung oder Erziehung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung angezeigt ist.</p> <p>(2) Andere Gefangene können in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden, wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zu ihrer Behandlung oder Erziehung angezeigt sind und die Leitung der Einrichtung zustimmt, Gefangene im Vollzug der Freiheitsstrafe nur mit ihrer Zustimmung.</p> <p>(3) Kann der Zweck der Behandlung oder Erziehung aus Gründen, die in der Person eines Gefangenen liegen, nicht erreicht werden, ist von einer Verlegung nach Absatz 1 oder 2 abzusehen oder der Gefangene ist zurückzuverlegen. Über die Verlegung eines Gefangenen nach Absatz 1 ist jeweils spätestens nach Ablauf von sechs Monaten, im Vollzug der Jugendstrafe nach Ablauf von vier Monaten neu zu entscheiden. (4) § 9 bleibt unberührt.</p>
NI	104	<p>(1) Die oder der Gefangene, die oder der wegen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 StGB oder</li> <li>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,</li> </ol> <p>wird in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt, wenn die dortige Behandlung zur Verringerung einer erheblichen Gefährlichkeit der oder des Gefangenen für die Allgemeinheit angezeigt ist.</p> <p>(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.</p> <p>(3) Die Verlegung soll zu einem Zeitpunkt erfolgen, der den Abschluss der Behandlung zum voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt erwarten lässt.</p> <p>(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 Behandlungsverlauf anderer erheblich und nachhaltig stören. [...]</p>

NRW	14	<p>(1) Geeignete und motivierte Gefangene, die wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder § 182 des Strafgesetzbuches oder wegen einer gefährlichen Gewalttat verurteilt worden sind, werden mit ihrer Zustimmung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung des Jugendstrafvollzuges untergebracht, wenn Anlass zu der Annahme besteht, dass der Gefahr einer Wiederholung aufgrund einer Störung ihrer sozialen und persönlichen Entwicklung mit den Mitteln der Sozialtherapie entgegengewirkt werden kann.</p> <p>(2) Andere Gefangene sollen mit ihrer Zustimmung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung des Jugendstrafvollzuges untergebracht werden, wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der Einrichtung zur Erreichung des Vollzugsziels angezeigt sind.</p> <p>(3) Die Gefangenen werden zurückverlegt, wenn a) nach einem angemessenen Zeitraum festgestellt wird, dass die Gefangenen therapeutisch nicht erreichbar sind oder b) sie die Sicherheit oder Ordnung in der sozialtherapeutischen Einrichtung schwerwiegend oder nachhaltig stören.</p>
ST	14	<p>(1) Ein Gefangener ist in die Sozialtherapie zu verlegen, wenn die Wiederholung einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 des Strafgesetzbuches oder wegen einer Straftat gegen das Leben oder die körperliche Unversehrtheit aufgrund einer Entwicklungs-, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung zu befürchten und die Behandlung in der Sozialtherapie angezeigt ist.</p> <p>(2) Andere Gefangene sollen mit ihrer Zustimmung in die Sozialtherapie verlegt werden, wenn deren besondere therapeutische Mittel und soziale Hilfen zum Erreichen des Vollzugsziels angezeigt sind.</p> <p>(3) Der Gefangene wird zurückverlegt, wenn der Zweck der sozialtherapeutischen Behandlung aus Gründen, die in der Person des Gefangenen liegen, nicht erreicht werden kann.</p> <p>(4) § 12 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend; § 74 bleibt unberührt.</p>

Mit der Einführung der Sozialtherapie in die Jugendstrafvollzugsgesetze entsprechen die Bundesländern 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 besteht aber nicht mehr nur eine Freiwilligkeit bezüglich der Einrichtung neuer sozialtherapeutischer Anstalten und Abteilungen für junge Gefangene, sondern 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.

Eine Selektion der Zielgruppe ergibt sich in den Bundesländern z. B. durch die Festlegung der Straftätergruppen, wie der Tabelle A.3 entnommen werden kann. Ein erstes Merkmal zur Differenzierung der Jugendstrafvollzugsgesetze bezüglich der für eine Sozialtherapie vorgesehenen Klientel ergibt sich durch die Existenz von definierten Straftatenkatalogen. Keinen Straftatenkatalog weisen die Jugendstrafvollzugsgesetze der 10er-Gruppe (ausgenommen Sachsen-Anhalt), Baden-Württemberg und Hessen auf. Letztgenannte stellen stattdessen auf eine „erhebliche Entwicklungs-, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung“ ab. Dabei handelt es sich bei den aufgeführten Bundes-

ländern jeweils um „Kann“-Bestimmungen. Bayern<sup>25</sup> und Hamburg beziehen sich hingegen in erster Linie auf Sexualstraftäter gemäß dem Vorbild im Erwachsenenstrafvollzug. Anders sieht jedoch die in Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen präferierte Straftäterzielgruppe aus: Sie führen explizit Sexualstraftäter und Gewalttäter an. Diese weiter gefasste Version erscheint sachgerechter, da bei dieser Klientel die Gewaltproblematik von besonderer Bedeutung ist.<sup>26</sup> Somit ist das zweite Differenzierungsmerkmal die Breite des festgelegten Straftatenkatalogs für die zur Sozialtherapie verpflichteten jungen Straftäter. Die explizite Nennung von Sexual- und Gewaltstraftätern als Hauptzielgruppe für die Sozialtherapie hebt die Besonderheiten des Jugendstrafvollzuges hervor und ermöglicht eine stärkere Orientierung an den Schutzbedürfnissen der Allgemeinheit.<sup>27</sup> Dies wollen auch Baden-Württemberg und Hessen mit ihren bezüglich der Straftätergruppen bewusst offen gehaltenen Paragraphen zur Sozialtherapie erreichen.<sup>28</sup> Sie stellen die Indikation auf persönliche Defizite des einzelnen jungen Gefangenen ab und ermöglichen so eine flexible Anwendungspraxis. In Baden-Württemberg besteht im Gegensatz zu Hessen bereits seit vielen Jahren ein sozialtherapeutisches Angebot für junge Gefangene. Durch die sehr offen gehaltenen Zielgruppendefinitionen für eine sozialtherapeutische Behandlung erschwert sich die konkrete Einschätzung des entsprechenden Haftplatzbedarfes, weswegen sich im Hessischen Jugendstrafvollzugsgesetz lediglich die Festschreibung findet, dass in den Anstalten „nach Bedarf“ sozialtherapeutische Abteilungen eingerichtet werden sollen (§ 68 Abs. 5 HessJStVollzG).<sup>29</sup>

Weitergehende Angaben zur Indikation finden sich in keinem Jugendstrafvollzugsgesetz. Bayern hat beispielsweise bewusst darauf verzichtet, da die Kriterien für die Anzeigetheit „ebenso wie die Behandlungsmethoden weiterhin von Wissenschaft und Praxis zu überprüfen und fortzuentwickeln sind“ (Begründung zu Artikel 11 BayStVollzG<sup>30</sup>). Die offen gehaltene Indikation in den Jugendstrafvollzugsgesetzen ermöglicht einerseits also eine schnelle Optimierung und Anpassung an den aktuellen Forschungsstand, birgt aber andererseits auch die Gefahr einer (bewussten) Selektion der zu behandelnden Klientel. Dadurch könnten die potentiellen Sozialtherapiepatientenströme dem vorhandenen Haftplatz- und Therapieangebot angepasst werden, ohne umgekehrt eine finanziell belastende Anpassung des Angebots an die entsprechend der

---

<sup>25</sup> Bayern fokussiert die Sozialtherapie im Erwachsenen- und Jugendstrafvollzug nicht nur auf Sexualstraftäter, wie an den Ausbauplänen zur Schaffung von 160 neuen sozialtherapeutischen Haftplätzen für Gewaltstraftäter zu erkennen ist.

<sup>26</sup> S. Begründung zu § 14 JStVollzG NRW (Verfügbar unter: <http://www.dvjj.de/download.php?id=604> [05.03.2008]).

<sup>27</sup> Sexualstraftäter sind im Jugendstrafvollzug weniger häufig anzutreffen. Hinzu kommt ein deutlich höheres Rückfallrisiko für andere, meist Gewaltstraftäter (*Drenkhahn* 2007, S. 219).

<sup>28</sup> S. Begründung zu § 28 JStVollzG (Verfügbar unter: <http://www.dvjj.de/download.php?id=711> [05.03.2008]) und Begründung zu § 12 HessJStVollzG (Verfügbar unter: <http://www.dvjj.de/download.php?id=830> [05.03.2008]).

<sup>29</sup> Derzeit befindet sich eine sozialtherapeutische Abteilung in der JVA Rockenberg im Aufbau.

<sup>30</sup> Verfügbar unter: <http://www.dvjj.de/download.php?id=620> [05.03.2008].

festgelegten Indikation resultierenden Klientenströme vornehmen zu müssen. Durch die in den Bundesländern fortschreitende und umstrukturierte Zentralisierung der Indikationsstellung in Zuweisungsabteilungen bzw. Diagnostikzentren<sup>31</sup> werden die Selektionsmechanismen jedoch einheitlicher und transparenter und ermöglichen so eine bessere Bedarfsermittlung und -steuerung. Inwiefern die Nicht-Festlegung einer Definition in den Bundesländern mit der Intention einer leichteren Optimierung der Indikationsstellung und Behandlungsausrichtung einhergeht oder aber eine Limitierung auf die zukünftig neuen Sozialtherapiehaftplätze für junge Gefangene erfolgen soll, wird sich zeigen müssen.

Einen Zustimmungsvorbehalt junger Gefangener zur Verlegung in eine Sozialtherapeutische Einrichtung gibt es für die über Straftatenkataloge definierten Zielgruppen nur in Nordrhein-Westfalen. Alle anderen Bundesländer verzichten darauf, mit der Begründung, dass die jungen Gefangenen die Entscheidung über eine Verlegung in die Sozialtherapie (anfangs) nicht verantwortlich treffen können, da sie die Voraussetzungen und Konsequenzen nicht überblicken könnten.<sup>32</sup> Um das therapeutische Klima in den sozialtherapeutischen Einrichtungen nicht negativ durch diese „zwangverlegten“ Klienten zu beeinflussen, soll zuvor die Motivation gefördert und geweckt werden. Die Motivationsförderung ist explizit aber nur im bayerischen Jugendstrafvollzugsgesetz (Artikel 11 Abs. 3 BayStVollzG) festgeschrieben, während sich in Hessen, nur in der jeweiligen Begründung der vorherigen Gesetzesentwürfe solche Formulierungen finden. Obwohl im Jugendstrafvollzugsgesetz von Nordrhein-Westfalen eine Zustimmung des Gefangenen in die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung als Zeichen einer Therapiemotivation vorliegen muss, ist die Grundidee hinter dieser Formulierung dieselbe wie in den anderen Bundesländern ohne diesen Zustimmungsvorbehalt von Seiten des Gefangenen. Sie beruht auf der Erkenntnis, dass nur Therapiemotivierte auch für Sozialtherapie geeignet sein können.<sup>33</sup> Daher soll auch schon zuvor die Bereitschaft zur Teilnahme geweckt und gefördert werden. Durch diese Vorgehensweise werden in der Folge weniger Gefangene zurückverlegt werden. Während in den anderen Bundesländern die Gefangenen erst verlegt werden, um dann die Therapiemotivation zu wecken und bei Nichtgelingen wieder in die Entsendeanstalt zurückverlegt werden, ist diese Behandlungsvoraussetzung in den sozialtherapeutischen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen schon gegeben.<sup>34</sup>

Anders als im allgemeinen Strafvollzugsgesetz und in den Neuregelungen des Strafvollzuges von Bayern und Hamburg wird die Zielgruppe der Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug nicht durch die Festlegung einer Mindeststrafzeit eingegrenzt. Die

---

<sup>31</sup> In Niedersachsen wurde beispielsweise die Einweisungsabteilung in Hannover durch ein Diagnostikzentrum ersetzt. Weitere Einweisungsabteilungen befinden sich in Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen (s. Kapitel C.2.7).

<sup>32</sup> Z. B. in der Begründung zu § 12 HessJStVollzG (a. a. O.).

<sup>33</sup> Begründung zu § 14 JStVollzG NRW (a. a. O.).

<sup>34</sup> Das bedeutet jedoch nicht, dass nicht nach der Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung der Gefangene der erst seine Zustimmung gegeben hat, seine Meinung wieder ändert, da die sozialtherapeutischen Maßnahmen nicht seinen Vorstellungen entsprechen oder zu anstrengend sind.

Festlegung einer Mindeststrafzeit wie im allgemeinen Strafvollzugsgesetz sorgte für unterschiedliche Indikationsauslegungen in den Bundesländern, da nicht ersichtlich war, ob eine Freiheitsstrafe von über zwei Jahren durch eine einzelne – und damit entsprechend schwere Straftat – oder die Summe mehrerer kleinerer Einzelstraftaten – und damit eines sehr rückfallgefährdeten Straftäters – gemeint war (vgl. *Drenkhahn* 2007, S. 121). Der Vorteil der Definition einer Mindeststrafzeit wird jedoch in der Gewährleistung einer minimal ausreichenden Behandlungszeit in der Sozialtherapie gesehen (*Drenkhahn* 2007, S. 121). Im Bereich des Jugendstrafvollzuges kann sich eine solche zeitliche Nichtfestlegung als positiv erweisen, da man hier einerseits von kürzeren Inhaftierungsstrafen ausgehen muss und andererseits bei dieser jungen Klientel schneller Veränderungen in die gewünschte Richtung bewirken kann und daher auch kürzere Interventionen ausreichend sein können (vgl. *Weiß* 2001, S. 229 f.). Dies trifft umso mehr zu, je systematischer und organisierter im Anschluss an eine sozialtherapeutische Behandlung auch eine Nachsorge stattfindet.

Der Verlegungszeitpunkt<sup>35</sup> für die Sozialtherapie im Haftverlauf ist nur in dem Strafvollzugsgesetz von Niedersachsen festgelegt. Hier wurde festgeschrieben, dass die Verlegung zu einem Zeitpunkt erfolgen soll, „der den Abschluss der Behandlung zum voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt erwarten lässt“ (§ 104 Abs. 3 NJVollzG). Die Festlegung des richtigen Therapiezeitpunktes ist umstritten. Therapieversuche können zur falschen Zeit bei dem Klienten im schlechtesten Fall sogar eine Symptomverschlechterung hervorrufen (*Händel & Judith* 2001, S. 375). Erfolgt die Verlegung zum Beginn der Haft, kann eine eventuell vorhandene Therapiemotivation zur Sozialtherapie genutzt werden, was zu einer Verkürzung der Behandlungszeiten führt (*Böhm* 2006, S. 17). Demgegenüber hat die sozialtherapeutische Behandlung zum Haftende hin, wie in der niedersächsischen Regelung, den Vorteil, dass sie als eine Art Entlassungsvorbereitung agieren kann (*Schüler-Springorum* 2003, S. 584). Therapieerfolge können bei einer direkten Entlassung aus der sozialtherapeutischen Einrichtung besser gesichert werden als bei einer anschließenden Unterbringung im regulären Jugendstrafvollzug. Der Jugendstrafvollzug enthält zwar schon an sich Elemente der Sozialtherapie und stellt keinen so starken Kontrast wie im Erwachsenenstrafvollzug dar, aber diese Einzelmaßnahmen sind nicht in demselben Maß konzeptionell aufeinander abgestimmt wie in einer integrativen Sozialtherapie. Es ist jedoch hinlänglich aus Untersuchungen zur Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen im Strafvollzug bekannt, dass nur angemessene Programme mit hoher Integrität bessere Wirkungen zeigen (*Lösel* 1999, S. 290). Ein weiterer Vorteil einer späten Verlegung ist, dass Lockerungen prinzipiell möglich sind, die eine stufenweise Erprobung erlauben und die Resozialisierung erleichtern (s. näher Kapitel C.2.12).

In den Gesetzen zum Jugendstrafvollzug soll die Sozialtherapie namentlich meist in „sozialtherapeutischen Einrichtungen“ bzw. „sozialtherapeutischen Anstalten oder Abteilungen“ durchgeführt werden. Bei näherer Betrachtung wird aber deutlich, dass

---

<sup>35</sup> Der geeignete Verlegungszeitpunkt für eine sozialtherapeutische Behandlung ist umstritten. Häufig wird jedoch die Ansicht vertreten, dass Sozialtherapie im Justizvollzug eine die Entlassung vorbereitende Maßnahme sein sollte. Zur Diskussion: s. *Böhm* 2006, S. 17; *Drenkhahn* 2007, S. 122; *Rehder* 1993, S. 32.



für die tatsächliche Umsetzung unselbständige Abteilungen präferiert werden. So legt z. B. Artikel 117 BayStVollzG fest, dass die sozialtherapeutische Behandlung in „sozialtherapeutischen Anstalten oder Abteilungen (sozialtherapeutische Einrichtungen)“ erfolgen soll, aber sämtliche neu zu schaffende Sozialtherapieplätze sind in Form von Abteilungen geplant.

Die Bevorzugung von unselbständigen Abteilungen ist ökonomisch betrachtet gerade im Bereich des sozialtherapeutischen Jugendstrafvollzuges sinnvoll, da hier die Fallzahlen im Gegensatz zum Erwachsenenstrafvollzug sehr niedrig ausfallen und daher die Einrichtung eigenständiger Anstalten vergleichsweise kostenaufwendig wäre. Abteilungen ermöglichen einen kostengünstigeren Rückgriff auf bereits vorhandene infrastrukturelle Angebote und personelle Ressourcen. Wichtig für eine effektive Sozialtherapie ist vor allem die Einhaltung organisatorischer, personeller und baulicher Mindeststandards, wie sie vom *Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V.* erarbeitet und formuliert wurden (s. Kapitel B.2). Diese haben ihren Eingang in die Planung des bayerischen (Jugend-)Strafvollzuges (Begründung zu Artikel 11 BayStVollzG<sup>36</sup>) gefunden, und im Jugendstrafvollzugsgesetz von Nordrhein-Westfalen wird festgeschrieben, dass die sozialtherapeutischen Einrichtungen „organisatorische, personelle und bauliche Mindeststandards, die auf die jugendspezifischen Besonderheiten zugeschnitten sind“ erfüllen müssen (§ 112 Abs. 4 JStVollzG NRW). Zur Entwicklung solcher jugendspezifischer Mindeststandards hat sich im Jahr 2007 eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern aller sozialtherapeutischen Einrichtungen im Jugendstrafvollzug formiert. Diese hat in Anlehnung an die o. g. Mindeststandards eigene Richtlinien und Indikationskriterien definiert. Inwieweit diese Mindeststandards tatsächlich in den bisher existierenden und zukünftig entstehenden sozialtherapeutischen Einrichtungen im Jugendstrafvollzug umgesetzt werden, bleibt abzuwarten, aber die explizite Nennung und Berücksichtigung von Bayern und Nordrhein-Westfalen lässt hoffen, dass es keine bloße Etikettierung von Abteilungen im Jugendstrafvollzug als „Sozialtherapie“ gibt, sondern eine tatsächliche qualitative Umsetzung.

Rückverlegungen sind, wie oben erwähnt, ein von den sozialtherapeutischen Einrichtungen häufig genutztes Mittel. Es finden sich in den Jugendstrafvollzugsgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt Angaben zu Rückverlegungsgründen. Bayern, Hamburg und Sachsen-Anhalt ermöglichen eine Rückverlegung aus Gründen, die in der Person des Gefangenen liegen, und entsprechen damit dem bisherigen Strafvollzugsgesetz sowie dem Vorschlag des Entwurfs des Bundesministeriums der Justiz. Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen ergänzen diese Bestimmung durch die Rückverlegungsmöglichkeit bei Störung der Sicherheit und Ordnung (§ 14 Abs. 3 JStVollzG NRW) bzw. erheblicher Störung des Behandlungsverlaufs anderer (§ 104 Abs. 4 NJVollzG). Baden-Württemberg gibt lediglich an, dass eine Rückverlegung erfolgen soll, „wenn der Zweck der Sozialtherapie nicht erreicht werden kann“ (§ 28 Abs. 3 JStVollzG), meint aber augenscheinlich dasselbe wie die bisherige Formulierung im StVollzG. Der überwiegende Teil der Bundesländer (10er-Gruppe ohne Sachsen-Anhalt und Hessen)

---

<sup>36</sup> Verfügbar unter: <http://www.dvjj.de/download.php?id=620> [05.03.2008].

macht hingegen keine Angaben zu speziellen Rückverlegungsgründen aus der Sozialtherapie. Rückverlegungen werden damit aus allerlei denkbaren Gründen möglich. Bei den Jugendstrafvollzugsgesetzen der 10er Gruppe scheint dies ein Beispiel für eine Kompromisslösung zu sein, der Sachsen-Anhalt in diesem Fall nicht gefolgt ist. Da an dieser Stelle von der 10er Gruppe kein „kleinster gemeinsamer Nenner“ gefunden werden konnte (*Ziethener Kreis* 2007), hat man die Nennung von Rückverlegungsgründen weggelassen. Der bisher sehr hohe Anteil an Rückverlegungen wird sich aber vermutlich nicht vergrößern, da die bisher im Strafvollzugsgesetz vorhandene Regelung sehr weich gefasst und dadurch vielfältig auslegbar ist. Ferner wird wahrscheinlich die bisher schon angewandte Rückverlegungspraxis weiterhin umgesetzt und – soweit es sich um neue sozialtherapeutische Einrichtungen für junge Gefangene handeln wird – auf den Jugendstrafvollzug übertragen.

Weiterhin wird in den Jugendstrafvollzugsgesetzen von Baden-Württemberg und Hessen die Möglichkeit benannt, Gefangenen anderweitige therapeutische Behandlungsmaßnahmen angedeihen zu lassen, sollten sie aus von der Person des Gefangenen unabhängigen Gründen nicht in einer sozialtherapeutischen Einrichtung untergebracht werden können. Sie folgen damit dem Entwurf des Bundesjustizministeriums. Durch diese Ergänzung ist sichergestellt, dass therapiegeeignete Gefangene auch eine solche Behandlung erhalten, wenn auch in einem weniger umfassenden Rahmen als in einer sozialtherapeutischen Einrichtung. Dadurch ergibt sich aber auch die Möglichkeit statt einer Sozialtherapie kostengünstigere Behandlungsmaßnahmen durchzuführen.

Die §§ 124 - 126 StVollzG regeln und regeln den „graduellen Übergang“ von der Sozialtherapie in die Freiheit einschließlich der Nachbetreuung (*Schaser & Stierle* 2005, S. 1). Da *Dünkel* (2007) schon einen Vergleich und eine Analyse zu den einzelnen Jugendstrafvollzugsgesetzesentwürfen der Länder bezüglich der Entlassungsvorbereitungen und den Regelungen zum Urlaub zur Vorbereitung der Entlassung entsprechend dem § 124 StVollzG vorgenommen hat und sich diese von der endgültig erlassenen Gesetzesfassung nicht wesentlich unterscheiden, sollen sich die folgenden Ausführungen auf die Nachbetreuung und Nachsorge konzentrieren. Gemäß § 125 StVollzG kann ein ehemaliger Gefangener „wieder in die sozialtherapeutische Anstalt aufgenommen werden, wenn das Ziel seiner Behandlung gefährdet und ein Aufenthalt in der Anstalt aus diesem Grunde gerechtfertigt ist“. Zusätzlich ist in § 126 StVollzG festgeschrieben, dass „die Zahl der Fachkräfte für die sozialtherapeutische Anstalt so zu messen (ist), daß auch eine nachgehende Betreuung der Gefangenen gewährleistet ist, soweit diese anderweitig nicht sichergestellt werden kann“. Die Möglichkeit der Aufnahme auf freiwilliger Grundlage wurde in der Praxis bisher eher selten genutzt. So befanden sich seit 1997 lediglich zwischen 1 bis 25 freiwillig Wiederaufgenommene in den sozialtherapeutischen Einrichtungen. Damit wurden durchschnittlich knapp über 8 ehemalige Gefangene jährlich intramural nachversorgt (*Spöhr* 2007, S. 56). Gründe für die seltene Nutzung des Hilfsangebotes liegen in der mangelnden Einsichtsfähigkeit der Betroffenen in Krisensituationen und der Scheu, durch eine freiwillige Wiederaufnahme sich selbst und vor allem anderen (Personal und Insassen) gegenüber eingestehen zu müssen, dass das Therapieziel noch nicht erreicht wurde (*Rotthaus & Egg* 2005, § 125 Rn 1). Deutlich häufiger und in den letzten Jahren quan-

titativ zunehmend wird die nachgehende Betreuung gem. § 126 StVollzG genutzt (vgl. *Spöhr* 2007, S. 22), obwohl bereits durchschnittlich über sieben zu betreuende Gefangene auf eine Fachdienststelle in den sozialtherapeutischen Einrichtungen kommen und die nachgehende Betreuung zusätzlich organisiert und durchgeführt werden muss. Da die Sozialtherapie im Justizvollzug vor allem durch die hohen Personalkosten so teuer ist, finden sich kaum speziell dafür vorgesehene Kapazitäten in den Einrichtungen<sup>37</sup> (*Rotthaus & Egg* 2005, § 126 Rn 1). Durch die Klausel, dass die nachgehende Betreuung auch anderweitig sichergestellt werden darf, ist diese gesetzliche Bestimmung jedoch für die sozialtherapeutischen Einrichtungen subsidiär.

Durch die seltene Nutzung des § 125 StVollzG und die in der Praxis der sozialtherapeutischen Einrichtungen quantitativ stark limitierte Umsetzbarkeit des § 126 StVollzG sind diese gesetzlichen Bestimmungen eher von nachrangiger Bedeutung. Auch in den Gesetzen der Bundesländer zum Jugendstrafvollzug wurden die Regelungen der §§ 125, 126 StVollzG mit aufgenommen, wenn auch mit veränderter Tragweite. So beziehen sich die Bestimmungen zur nachgehenden Betreuung nicht mehr allein auf den Bereich der Sozialtherapie, sondern auf die Jugendstrafvollzugsanstalten im Allgemeinen (s. Begründung BayStVollzG zu Artikel 137). Dabei wird die bisher in § 125 StVollzG bestehende Subsidiaritätsklausel in allen Jugendstrafvollzugsgesetzen übernommen. Aus den Begründungen zu den Jugendstrafvollzugsgesetzen ist zu entnehmen, dass bis auf Hamburg die Nachsorge nur im äußersten Notfall durch Bedienstete des Strafvollzuges erfolgen soll, da die Zuständigkeit der Jugendstrafanstalten mit der Entlassung endet (z. B. in der Begründung des HessJStVollzG zu § 17 und BayStVollzG zu Artikel 137). Die Nachsorge unter Beteiligung von Bediensteten soll nur in Notfällen umgesetzt werden, wenn diese „nicht anderweitig durchgeführt werden kann“ (§ 17 Abs. 3 HessJStVollzG). Solche Ausnahmefälle zu vermeiden sei dabei „Aufgabe einer guten Entlassungsvorbereitung“ (z. B. Begründung zu § 21 SächsJStVollzG oder zu § 17 HessJStVollzG). Baden-Württemberg bezieht sich mit § 58 JStVollzG speziell auf das Nachsorgeprojekt für junge Straftatene des Vereins Projekt Chance e. V., das als externe Institution die Nachsorge übernehmen soll (Begründung zu § 58 JStVollzG). Daher ist keine eigene Nachsorgeoption im Jugendstrafvollzugsgesetz genannt.

---

<sup>37</sup> Im Rahmen des Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS, s. Kapitel B.2.2) wird z. B. in Lingen teilweise eine Nachsorge(phase) durchgeführt (*Wischka* 2004b, S. 88). Weitergehende Ausführungen zur therapeutischen Nachsorge von Sexualstraftätern nach der Entlassung aus einer sozialtherapeutischen Einrichtung finden sich in Kapitel D.1.

Tabelle A.4: Übersicht über die gesetzlichen Bestimmungen zur Nachsorge im Jugendstrafvollzug der Bundesländer<sup>38</sup>

Urheber Paragraph oder Artikel		
9er	21	<b>Hilfe zur Entlassung, Nachsorge</b> (1) Zur Vorbereitung der Entlassung sind die Gefangenen bei der Ordnung ihrer persönlichen, wirtschaftlichen und sozialen Angelegenheiten zu unterstützen. Dies umfasst die Vermittlung in nachsorgende Maßnahmen. Nachgehende Betreuung kann unter Mitwirkung von Bediensteten erfolgen. [...]
BW	58	<b>Entlassungsvorbereitung und Nachsorge</b> (1) Die Jugendstrafanstalt arbeitet frühzeitig, möglichst sechs Monate vor der voraussichtlichen Entlassung eines jungen Gefangenen, mit Institutionen und Personen zusammen, um ihm Arbeit, Wohnung und ein soziales Umfeld für die Zeit nach der Entlassung zu vermitteln.
BY	137	<b>Entlassung, Unterbringung auf freiwilliger Grundlage</b> (2) Die Jugendstrafvollzugsanstalt kann auf Antrag der jungen Gefangenen nach Entlassung die im Vollzug begonnene Betreuung vorübergehend fortführen, soweit diese nicht anderweitig durchgeführt werden kann.
HE	17	<b>Entlassung und Hilfen</b> [...] (3) Auf Antrag kann die Anstalt den Gefangenen auch eine nachgehende Betreuung gewähren, wenn dies ihrer besseren Eingliederung dient und die Betreuung nicht anderweitig durchgeführt werden kann.
HH	18	<b>Unterstützung nach der Entlassung</b> [...] (2) Jugendstrafvollzugsanstalten und sozialtherapeutische Einrichtungen können auf Antrag der Gefangenen eine im Vollzug begonnene Betreuung nach der Entlassung vorübergehend fortführen, soweit sie nicht anderweitig durchgeführt werden kann.
NI	68	<b>Soziale Hilfen</b> (2) Es ist Aufgabe der Vollzugsbehörden, darauf hinzuwirken, dass eine durchgängige Betreuung der Gefangenen sichergestellt ist, die ihnen auch nach der Entlassung hilft, in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen. (3) Die Zusammenarbeit mit Stellen und Personen außerhalb des Vollzuges, die besonderen Möglichkeiten dieses Gesetzes für die Entlassungsvorbereitung sowie die Hilfe zur Entlassung sind auf die durchgängige Betreuung auszurichten.
NRW	22	<b>Hilfe zur Entlassung, Entlassungsbeihilfe, Nachsorge</b> (1) Um die Entlassung vorzubereiten, sind Gefangene bei der Ordnung ihrer persönlichen, wirtschaftlichen und sozialen Angelegenheiten zu unterstützen. Dies umfasst auch die Vermittlung in nachsorgende Maßnahmen. Eine nachgehende Betreuung kann unter Mitwirkung von Bediensteten erfolgen. [...]

<sup>38</sup> In der Tabelle wird das Saarland aufgrund von Erweiterungen im Vergleich zu den sonstigen gemeinschaftlichen Formulierungen der anderen neun Bundesländer der 10er Gruppe („9er“) separat aufgeführt. Die übrigen Bundesländer weisen denselben Wortlaut auf.

SL	21	<b>Hilfe zur Entlassung, Nachsorge (...)</b> (2) Die Anstalt stellt im Zusammenwirken mit den Gefangenen sicher, dass die im Vollzug begonnene Betreuung vorübergehend fortgeführt werden kann, um die Wiedereingliederung von entlassenen Gefangenen in das Leben in Freiheit zu erleichtern. Dazu können entlassene Gefangene auch vorübergehend in einer Nachsorgeeinrichtung verbleiben oder in einer solchen nach der Entlassung wieder aufgenommen werden, wenn der Erfolg ihrer Wiedereingliederung gefährdet und ein Aufenthalt in der Nachsorgeeinrichtung aus diesem Grunde angezeigt ist. (...)
----	----	--

Andere Bundesländer, wie z. B. die der 10er-Gruppe, nehmen im § 21 der jeweiligen Jugendstrafvollzugsgesetze den Grundsatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“ wahr und sehen Sozialbehörden oder spezielle Nachsorgeeinrichtungen in der Pflicht. Eine Ausnahme findet sich im Hamburger Strafvollzugsgesetz. Zwar ist in § 18 Abs. 2 HmbStVollzG festgeschrieben, dass die nachgehende Betreuung nur *vorübergehend* erfolgen soll, jedoch findet sich in der betreffenden Begründung, dass damit auch eine „hochfrequente individuelle Nachsorge“ gemeint ist, bei der u. a. auch sozialtherapeutische Maßnahmen inkludiert sein können. Neben der von allen Bundesländern vorgesehenen zeitlichen Begrenzung einer nachgehenden Betreuung von Seiten des Strafvollzuges bedarf es auch eines Antrags des Gefangenen, da die Nachsorge nur freiwillig erfolgen kann. Beim Vergleich der gesetzlichen Bestimmungen zur nachgehenden Betreuung/Nachsorge fällt auf, dass außer Baden-Württemberg auch Niedersachsen keine Entsprechung für § 126 StVollzG hat. Zwar gab es ursprünglich im vorläufigen Gesetzesentwurf der niedersächsischen Landesregierung einen Paragraphen zur nachgehenden Betreuung durch die sozialtherapeutischen Einrichtungen (§ 104 NJVollzG), aber dieser wurde gestrichen.<sup>39</sup> Grund für die Streichung war, dass der Paragraph zu den sozialen Hilfen (§ 68 NJVollzG) auch für die sozialtherapeutischen Einrichtungen gelte und daher „überflüssig“ sei (*Niedersächsischer Landtag*, Ds. 15/4325). Die Formulierungen von § 68 Abs. 2 und Abs. 3 NJVollzG sind jedoch sehr allgemein gehalten und nur als Teil eines größeren Abschnittes zu Sozialen Hilfen eingefügt. Es besteht hier also keine ähnliche Intention wie in Baden-Württemberg bezüglich eines Nachsorgeprojektes.

Eine freiwillige Wiederaufnahme eines jungen Gefangenen ist analog zum § 125 StVollzG ebenfalls in allen Jugendstrafvollzugsgesetzen vorgesehen. Diese wird übereinstimmend zum Strafvollzugsgesetz als zusammenhängend mit dem Auftrag zur nachgehenden Betreuung gesehen. Diese Unterbringung auf freiwilliger Grundlage ist eine zeitlich begrenzte Maßnahme zur Krisenintervention. Nordrhein-Westfalen begrenzt beispielsweise die Dauer einer solchen freiwilligen Wiederaufnahme auf 3 Monate (§ 24 Abs. 2 JStVollzG NRW). Die Bundesländer der 10er-Gruppe haben in ihren Jugendstrafvollzugsgesetzen die freiwillige Wiederaufnahme jedoch stark ein-

<sup>39</sup> Bereits in der Entwurfsbegründung der Landesregierung zu § 104 NJVollzG wurde deutlich hervorgehoben, dass sich die nachgehende Betreuung durch die sozialtherapeutischen Einrichtungen hauptsächlich auf eine Sicherstellung der weiteren Versorgung durch entsprechende Außenstellen beziehen solle und keine regelmäßige eigene Nachsorge festschreibt (*Niedersächsischer Landtag*, Ds. 15/3565).

gegrenzt, indem sie diese von der „Belegungssituation“ abhängig machen (z. B. § 22 Abs. 1 Satz 2 SächsJStVollzG). Damit könnten die ohnehin schon selten genutzten Fälle einer Unterbringung auf freiwilliger vertraglicher Grundlage noch seltener werden.

Eine Nachsorge oder eine freiwillige Wiederaufnahme kommen in Fällen von Eingliederungsschwierigkeiten in Betracht. Um solche Probleme nach der Entlassung zu vermeiden, bietet sich eine erschöpfend genutzte graduelle Überleitung des Gefangenen in die Freiheit durch eine „systematische Anwendung des gesamten Lockerungsinstrumentariums“ an (Rehn 2006b, Rn. 4 zu § 125 StVollzG).

Unabhängig von dem Regelungsmodell (Dinkel & Pörksen 2007, S. 55 ff.) des Strafvollzuges der Bundesländer lassen sich zusammenfassend im Bereich der Sozialtherapie folgende Änderungen für die Jugendstrafvollzugsgesetze gegenüber dem bisherigem Strafvollzugsgesetz feststellen:

- Die Sozialtherapie ist von allen Bundesländern in die Jugendstrafvollzugsgesetze aufgenommen worden. Daraus werden deutliche Veränderungen in der bundesweiten Landschaft der sozialtherapeutischen Einrichtungen resultieren.
- Bei den in den nächsten Jahren geplanten sozialtherapeutischen Einrichtungen wird es sich ausschließlich um unselbständige Abteilungen handeln. Die Einrichtung dieser Abteilungen soll sich an organisatorischen, personellen und baulichen Mindeststandards orientieren. Hierzu wurden für den Jugendstrafvollzug spezifische Mindeststandards definiert.
- Die Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug konzentriert sich nicht nur auf Sexualstraftäter, sondern zielt vor allem auch auf junge Gewaltstraftäter ab.
- Im Gegensatz zum Strafvollzugsgesetz finden sich in den neuen Jugendstrafvollzugsgesetzen keine Angaben zur Mindeststrafzeit als Verlegungskriterium in eine sozialtherapeutische Einrichtung.
- Die nachgehende Betreuung ist nicht mehr der Sozialtherapie, sondern dem Jugendstrafvollzug allgemein zugeordnet und soll sich für den Justizvollzug in der Regel auf eine Vermittlung an Nachsorgeeinrichtungen oder Sozialbehörden beschränken.
- Eine freiwillige Wiederaufnahme ist zwar weiterhin möglich, doch sie wird in den Ländern der sog. 10er-Gruppe von der jeweiligen Belegungssituation abhängig gemacht.

Anhand der genannten Punkte wird deutlich, dass es im Bereich der Gesetzgebung zur Sozialtherapie keine starke „Zersplitterung“ gibt. Länderübergreifend besteht augenscheinlich der Konsens über die Notwendigkeit einer regelmäßigen und qualifizierten Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug. Hier wurde nicht nur die bereits in den Bundesländern bestehende Praxis „legalisiert“, wie Dinkel (2007) für viele andere Themenbereiche konstatiert, sondern eine Weiterentwicklung ausgelöst. Durch die Verpflichtung der Bundesländer, den Jugendstrafvollzug gesetzlich zu regeln, haben sich die

schon zum Ausbau der Sozialtherapie bestehende Tendenzen<sup>40</sup> verstärkt und zu einer inhaltlichen Auseinandersetzung<sup>41</sup> über die Besonderheiten und Bedürfnisse dieser Klientel geführt. Dem Aspekt der nachgehenden Betreuung und Nachsorge wird jedoch gesetzgeberisch als Aufgabe des Strafvollzuges weniger Gewicht beigemessen. Es wird deutlich herausgestellt, dass die Zuständigkeit der Jugendstrafvollzugsanstalten mit dem Tag der Entlassung endet, aber die gründliche Vorbereitung auf die Zeit der Entlassung den Anstalten obliegt. Es wird also mehr auf eine vorsorgende Betreuungsarbeit gesetzt als auf eine nachsorgende. Um die jeweiligen Jugendstrafvollzugsanstalten bei diesen vorsorgenden Tätigkeiten zu unterstützen, müssen in den Bundesländern ausreichend personelle und finanzielle Kapazitäten in Institutionen zur Nachbetreuung von jungen Gefangenen vorhanden sein. Inwieweit sich (weitere) Veränderungen durch die neuen gesetzlichen Regelungen für die zukünftige Praxis der Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug ergeben werden, wird sich erst auf längere Sicht zeigen.

---

<sup>40</sup> Gemeint sind hier die in Bayern, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen neu eröffneten sozialtherapeutischen Abteilungen für junge Gefangene.

<sup>41</sup> Das bezieht sich in erster Linie auf die eigens für den sozialtherapeutischen Jugendstrafvollzug erstmalig definierten Mindeststandards und Indikationskriterien.

## B. Sexualstraftäter und Sozialtherapie

### B.1 Sexualstraftäter – inhaltliche und quantitative Aspekte

#### B.1.1 Wer ist ein Sexualstraftäter?

Bei der Betrachtung von Sexualstraftätern gibt es zwei Sichtweisen, die sich nur in Teilen überschneiden: die juristische und die psychologische Perspektive. Nach der juristischen Perspektive sind Sexualstraftäter in erster Linie Personen, die gegen einzelne oder mehrere Paragraphen des 13. Abschnitts des Strafgesetzbuches (§§ 174 - 184c StGB) verstoßen. Dabei handelt es sich jedoch um ein deliktspezifisch sehr weit gestreutes Gebiet an Straftatbeständen. Sie reichen von gewaltlosen Normverstößen (z. B. § 183 StGB, exhibitionistische Handlungen) über sexuelle Gewalttaten (z. B. § 177 StGB, sexuelle Nötigung/Vergewaltigung) bis hin zu Straftaten aus dem Bereich der Organisierten Kriminalität (§ 181 a StGB, Zuhälterei) (Schaser & Stierle 2005, S. 8). Die motivationalen Hintergründe für diese Straftaten sind folglich auch sehr unterschiedlich und nur teilweise sexueller Natur. Zu den genannten Straftatbeständen können weiterhin Inzest gem. § 173 StGB und Sexualmord gem. § 211 StGB gerechnet werden. Aus der juristischen Perspektive ergibt sich also ein sehr heterogenes Bild der Sexualstraftäter. Allein die Verurteilung wegen einer Straftat des 13. Abschnittes des Strafgesetzbuches kann folglich nicht als Indikation für eine sozialtherapeutische Behandlungsmaßnahme ausreichen (Goderbauer 2001, S. 117).

Aus der psychologischen Sichtweise müssten auch Straftaten aus anderen Abschnitten des Strafgesetzbuches zu den Sexualstraftaten gerechnet werden, wenn ihnen eine sexuelle Motivationslage zugrunde liegt. Andere Straftaten, die im Abschnitt der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung zu finden sind, sollten hingegen nicht unter die Kategorie Sexualstraftäter fallen, da sie durch materielle Bereicherungsabsichten motiviert sind. Problematisch erscheint es zudem, dass sich z. B. bei Vergewaltigern keinerlei Unterschiede in soziodemographischen oder psychiatrischen Merkmalen finden im Vergleich zur gesamten Gefängnispopulation (Goderbauer 2001, S. 116)<sup>1</sup>. Von der begangenen Straftat kann auch nicht auf die Handlungsmotivation geschlossen werden, wie man beispielsweise am Fall der Brandstiftung gem. § 306 StGB sehen kann. Brandstiftung kann zum Zwecke eines Versicherungsbetruges, also aufgrund monetärer Erwägungen, begangen werden oder aber auch ein latent sexuelles Motiv aufweisen (vgl. Tausendteufel, Bindel-Kögel & Kühnel 2006, S. 54). Die Gruppe der Sexualstraftäter zeichnet sich nicht nur durch starke Unterschiede in der Handlungsmotivation aus, sondern auch durch große Differenzen bezüglich der klinischen Diagnosen und Persönlichkeitsmerkmale (vgl. z. B. Berner 1998, S. 65; Boetticher 1998, S. 356; Schaser & Stierle 2005, S. 9 f.). Hinzu kommt, dass nicht jede vorliegende Abweichung im Sexualverhalten zu einer juristisch relevanten Handlung zählt oder therapiebedürftig ist (Hahn 2007, S. 77). Die rein psychologische Betrachtungs-

---

<sup>1</sup> Speziell bei der Gruppe der sexuellen Gewalttäter scheint weniger ein rein sexuelles Motiv als eine generell gewalttätige Bereitschaft und Delinquenz vorzuliegen, da diese Täter eine Vielzahl von Delikten begehen, zu denen auch Sexualstraftaten gehören (Elz 2002, S. 291 f.).



weise greift also auch zu kurz, um Sexualdelinquenz und Sexualstraftäter als Ganzes zu erfassen. Entscheidend für eine Therapieindikation muss also weder die juristische noch die psychologische Definition einer Sexualdelinquenz sein, sondern viel eher eine Kombination aus juristischer Straftat, vorhandener Defizite in der persönlichen und sozialen Entwicklung sowie zugrunde liegender Tatmotivation des Sexualstraftäters.

### **B.1.2 Das Hellfeld der Sexualdelinquenz**

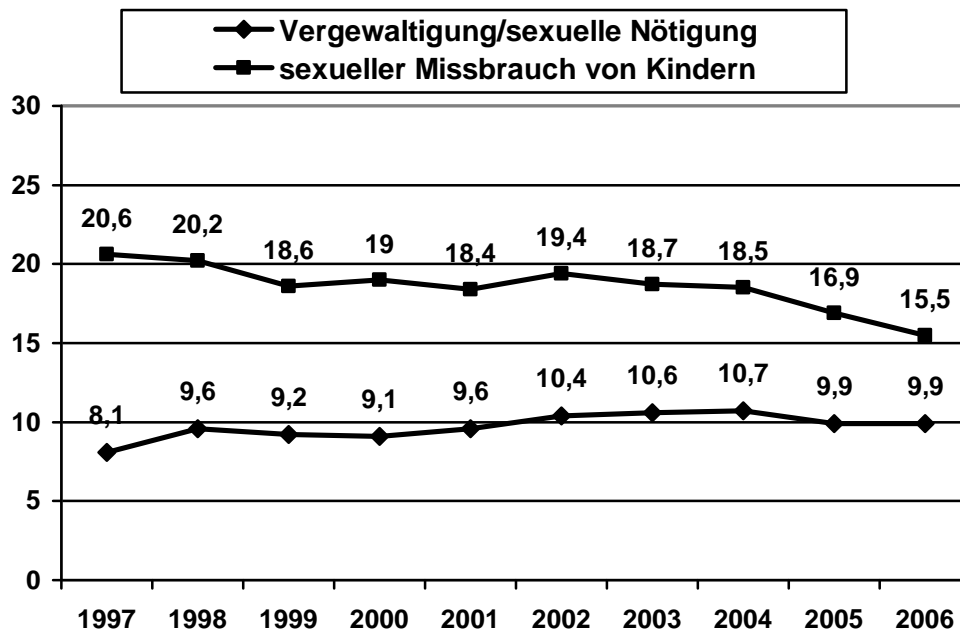
Nachdem deutlich wurde, dass es sich bei der Gruppe der Sexualstraftäter um eine sehr heterogene Klientel handelt, soll nun kurz die quantitative Bedeutung der Sexualstraftaten dargestellt werden.<sup>2</sup> Insgesamt machen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung etwa 0,8 % des gesamten Straftatenaufkommens aus. So waren von den 6.304.223 Straftaten, die in der PKS für 2006 erfasst wurden, 52.231 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Insgesamt ist bei den Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung ein relativ konstantes Niveau in den letzten Jahren festzustellen. Lediglich 2004 gab es einen größeren Anstieg bei der Anzahl der erfassten Fälle, der sich bereits im Folgejahr wieder relativiert hat, indem das Fallaufkommen auf das übliche Niveau zurückgekehrt ist (erfasste Fälle: 1998: 53.720; 2004: 57.306; 2006: 52.231). Im Deliktsbereich Vergewaltigung und sexuelle Nötigung gem. § 177 StGB wurden für 2006 8.118 Fälle registriert, d. h. 15,5 % der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung fielen unter diese Kategorie. Beim Straftatbestand des sexuellen Missbrauchs von Kindern gem. §§ 176, 176a und 176b StGB wurden 2006 mit 12.765 deutlich mehr Fälle als bei der Vergewaltigung/sexuellen Nötigung erfasst. Vergleicht man die Entwicklung der Häufigkeitszahlen<sup>3</sup> der beiden Straftatenbereiche seit 1997, so zeigt sich, dass der sexuelle Missbrauch von Kindern stark rückläufig ist (erfasste Fälle 1997: 16.888 vs. 2006: 12.765), die Vergewaltigung/sexuelle Nötigung jedoch eine leicht zunehmende Tendenz aufweist (erfasste Fälle 1997: 6.636 (nur Vergewaltigung) bzw. 1999: 7.565 vs. 2006: 8.118) (s. Abbildung B.1).

---

<sup>2</sup> Bei den folgenden statistischen Angaben aus der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) (*Bundeskriminalamt* 2006) ist zu beachten, dass aufgrund der in Kapitel A.2.1 beschriebenen gesetzlichen Änderungen (33. StrÄndG und 6. Gesetz zur Reform des Strafrechts) die Angaben der Jahre 1997 und 1998 nur mit Vorsicht zu betrachten sind. So ergeben sich z. B. durch die Zusammenfassung der sexuellen Nötigung und Vergewaltigung deutliche Änderungen in der Entwicklungsstruktur der Sexualdelinquenz.

<sup>3</sup> Die Häufigkeitszahl gibt an, wie viele Fälle einer Straftat je 100.000 Einwohner polizeilich registriert wurden (*Bundeskriminalamt* 2006, S. 13).

Abbildung B.1: Häufigkeitszahl der polizeilich registrierte Sexualstraftaten (Vergewaltigung / sexuelle Nötigung und sexueller Missbrauch von Kindern) 1997-2006

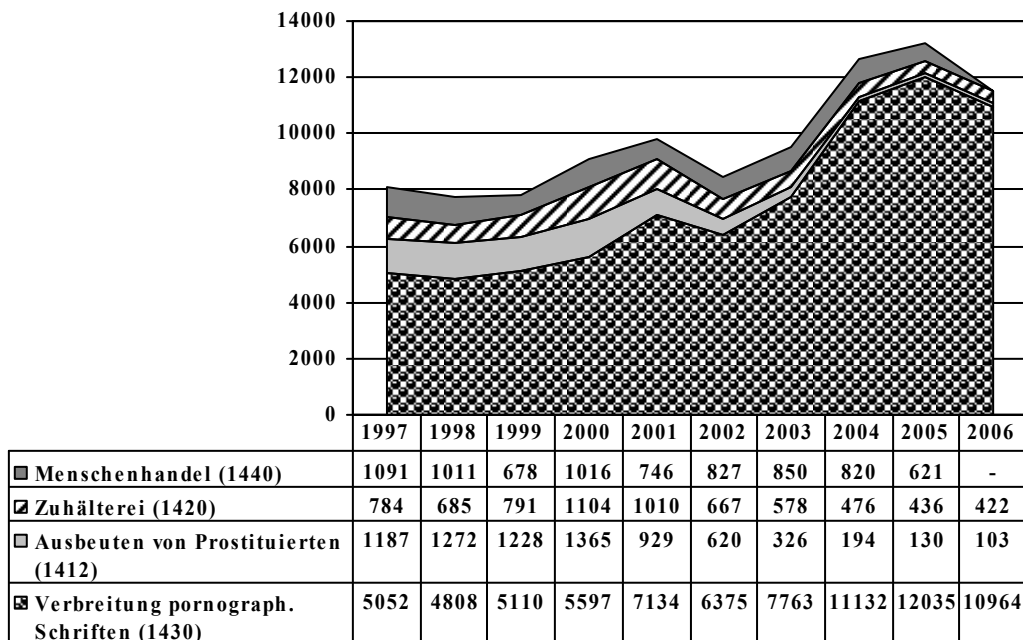


Die leichte Steigerung bei Vergewaltigung/sexuelle Nötigung über die Jahre hinweg kann überwiegend auf eine erhöhte Anzeigebereitschaft zurückgeführt werden, die auf einer größeren Sensibilität bezüglich solcher Straftaten beruht (vgl. Brand 2005, S. 48 f.; Bundesministerium des Inneren und Bundesministerium der Justiz 2006, S. 81 f.; Dolde 1997, S. 324;). Im Gegensatz zu der medialen Darstellung<sup>4</sup> der beiden Sexualdelinquenzbereiche Vergewaltigung/sexuelle Nötigung und sexueller Missbrauch von Kindern ist jedoch keine stetige und enorme Zunahme zu erkennen. Anstiege im Gesamtaufkommen der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung kommen üblicherweise durch quantitative Zunahme bei den ökonomisch motivierten Sexualstraftaten zustande (Dolde 1997, S. 324). Besonders die Anzahl der erfassten Fälle von Verbreitung pornographischer Schriften gemäß §§ 184, 184a, 184b, 184c StGB hat in den letzten zehn Jahren extrem stark zugenommen (s. Abbildung B.2). Sie stieg von 5.052 (1997) auf 10.964 (2006) polizeilich erfasster Fälle und hat sich damit in dieser Zeitspanne verdoppelt.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Zur Thematik der medialen Darstellung und Überrepräsentation von Sexualstraftaten: s. Kury & Brandenstein 2005.

<sup>5</sup> Weitere Darstellungen der Entwicklung von einzelnen Sexualstraftatbereichen finden sich bei Egg (2006) und speziell für Kinder und Jugendliche bei Nowara & Pierschke (2005).

Abbildung B.2: Polizeilich registrierte Sexualstraftaten mit ökonomischem Hintergrund 1997-2006



Eine Verstärkung der registrierten Sexualstraftatenproblematik ergibt sich also in erster Linie aus der quantitativen Zunahme ökonomisch motivierter Taten und nicht aus Anstiegen im Straftatenaufkommen der Vergewaltigung / sexuellen Nötigung oder des sexuellen Missbrauchs von Kindern.

Die Statistiken können nur das Hellfeld der Sexualkriminalität wiedergegeben. Gerade bei den Sexualdelikten ist aber von einem hohen Dunkelfeld auszugehen (Kury 2001, S. 72 f., Schneider 1999, S. 419; Tausendteufel, Bindel-Kögel & Kühnel 2006, S. 54 f.). Schätzungen gehen davon aus, dass auf eine offiziell registrierte Sexualstraftat 5 bis 20 nicht erfasste Fälle entfallen (z. B. Gödtel 1994, S. 10 ff., Schneider 1999, S. 420 f.). Doch diese Schätzungen durch Dunkelfeldforschungen geben ebenfalls nur ein verzerrtes Abbild der Kriminalitätswirklichkeit wieder und können somit nur als Ergänzung zu den Hellfelderkenntnissen genutzt werden.<sup>6</sup>

Das hohe Dunkelfeld wird begünstigt durch die immense Schamschwelle der Opfer, die durch die mehrheitlich in Form von Beziehungstaten (durch Freund, Bekannte oder Verwandte) verübten Vergehen noch weiter erhöht wird (z. B. Schneider 1999, S. 419; Tausendteufel, Bindel-Kögel & Kühnel 2006, S. 55 f.). Hinzu kommt, dass die PKS Sexualdelinquenz nicht adäquat abbilden kann, dass Falschanzeigen zu Verzerrungen führen und dass die Ermittlungsintensität bei Sexualstraftaten in Abhängigkeit von u. a. der Deliktart und -begehung sehr unterschiedlich ausfällt und damit auch die

<sup>6</sup> Probleme und Verzerrungen bei der Dunkelfeldforschung: siehe Egg 2006, S. 561 ff.

Straftaterkenntnisse (*Tausendteufel, Bindel-Kögel & Kühnel 2006, S. 56 ff.*). Für das Forschungsfeld der sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern ist jedoch in erster Linie das Hellfeld der Sexualkriminalität von Interesse, um zukünftige Haftplatz- und Behandlungsbedarfe ermitteln zu können.

## B.2 Integrative Sozialtherapie

### B.2.1 Behandlung

Inhaltlich orientiert sich die Behandlung in den sozialtherapeutischen Einrichtungen primär an psychologisch-psychotherapeutischen und (sozial-)pädagogischen Ansätzen, medizinische Behandlungsverfahren finden sich dagegen kaum (*Egg et al. 2001*). In den Einrichtungen wird eine integrative Sozialtherapie umgesetzt. Diese zeichnet sich u. a. durch eine zunehmende Verantwortungsübergabe an den Klienten und die Förderung von sozialen Lernprozessen im wohngemeinschaftlichen Zusammenleben aus (*Wischka 2004b, S. 89*). Die integrative Sozialtherapie basiert dabei auf den folgenden drei Prinzipien (Tabelle B.1; *Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. 2007, S. 100*):

*Tabelle B.1: Prinzipien der Integrativen Sozialtherapie*

<b>Integrative Sozialtherapie im Justizvollzug</b>
1. Berücksichtigung und Einbeziehung des gesamten Lebensumfeldes innerhalb und außerhalb der sozialtherapeutischen Einrichtung bis zur Entlassung
2. Gestaltung der Handlungsmöglichkeiten und Beziehungsformen innerhalb der sozialtherapeutischen Einrichtungen im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft
3. Modifizierung und Verknüpfung psychotherapeutischer, pädagogischer und arbeitstherapeutischer Vorgehensweisen

Zu diesem Konzept gehört folglich auch die zunehmende Gewährung von Vollzugslockerungen, um die Delinquenten allmählich an ein selbstverantwortliches Leben heranzuführen (*Wischka 2004b, S. 89*). Die zentrale Aufgabe der Sozialtherapie ist unabhängig von den speziellen Behandlungsprogrammen die deutliche Verringerung des Rückfallrisikos (*Wischka 2001, S. 30*).

Die Erfahrungen der sozialtherapeutischen Einrichtungen haben gemeinsame Erkenntnisse ergeben, die wie folgt als Leitlinien für eine wirksame Sozialtherapie zusammengefasst wurden (Tabelle B.2; *Wischka & Specht 2001, S. 258*):

*Abbildung B.2: Leitlinien wirksamer Sozialtherapie*

<p><b>1. Behandlungskonzept</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Erstellung theoretisch und empirisch fundierter Behandlungskonzepte</li></ul>
<p><b>2. Rahmenbedingungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Neutralisierung kriminogener Netzwerke</li><li>- Reduzierung negativer Haft- und Kontexteffekte</li><li>- Verbesserung des Institutionsklimas</li><li>- Realisierung hoher Programmintegrität und -intensität</li></ul>
<p><b>3. Personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sorgfältige Auswahl, Schulung und Supervision des Personals</li></ul>
<p><b>4. Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dynamische Risikodiagnose bei der Indikation</li><li>- Gezielter Ansatz an kriminogenen Faktoren</li><li>- Systematische Verlaufsdiagnose</li></ul>
<p><b>5. Sozialtherapeutische Maßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gezielter Ansatz an kriminogenen Faktoren</li><li>- Förderung von Denkmustern, Fertigkeiten und Selbstkontrolle</li><li>- Kontingente Bekräftigung</li><li>- Individualisierung (Straftäter, Programm, Personal)</li><li>- Aufbau tragfähiger emotionaler Beziehungen</li><li>- Maßnahmen der Rückfallprävention</li><li>- Stärkung „natürlicher“ Schutzfaktoren</li></ul>
<p><b>6. Entlassungsvorbereitung und Nachsorge</b></p>

Weiterhin hat der *Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug* (2001 & 2007) Empfehlungen für die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung veröffentlicht, die folgende Indikationskriterien bei Verurteilten nahe legen:

- Wiederholungsgefahr gefährlicher Straftaten wegen einer Störung der sozialen und persönlichen Entwicklung,
- Änderungswillen bzgl. ihrer Einstellungen und Verhaltensweisen,
- ausreichende intellektuelle und sprachliche Möglichkeiten für eine Beteiligung am Behandlungsvorgehen.

Trotz teilweise einheitlicher Konventionen unterscheiden sich die Behandlungskonzepte der einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen sehr stark voneinander, so dass die Besonderheiten der jeweiligen Behandlung und/oder Einrichtung immer bei wissenschaftlichen Untersuchungen beachtet werden sollten.

Der Aufenthalt in der Anstalt und der Behandlungsverlauf lassen sich grundsätzlich in drei Phasen aufteilen:

- Die *Eingangs- oder Probephase* (ca. 3 Monate) dient dem Gefangenen dazu, die Anstalt und ihr Programm kennen zu lernen, sowie dem Anstaltspersonal zur Erstellung eines Behandlungsplanes und zur Abwägung besonderer Erfordernisse.
- In der *Hauptphase* findet das eigentliche Behandlungsprogramm statt, wobei sich der Schwerpunkt nach dem jeweiligen therapeutischen Konzept der Anstalt richtet. Die Therapie im engeren Sinne wird von einigen zusätzlichen Maßnahmen begleitet, denen hauptsächlich eine vorbereitende, unterstützende oder ergänzende Funktion zukommt. Hierzu zählen insbesondere die schulischen oder beruflichen Aus- und/oder Weiterbildungsmöglichkeiten, verschiedene soziale Hilfen und Übergangsmaßnahmen am Ende der Behandlung wie Ausgang oder Freigängerarbeit, die auf das Leben in Freiheit vorbereiten sollen.
- Diese Außenmaßnahmen treten verstärkt in der *Endphase* der Behandlung, die meist etwa 6-10 Monate des Aufenthalts umfasst, in den Vordergrund (Egg 1994).

Die gewählte sozialtherapeutische Behandlungsform sollte dabei gemäß *Andrews et al.* (1990) drei Grundprinzipien folgen: dem Risikoprinzip, dem Bedürfnisprinzip und dem Ansprechbarkeitsprinzip. Dies bedeutet kurz gefasst, dass die Behandlungsintensität dem Risikolevel des Klienten angepasst sein soll (risk principle), dass die Behandlung in den jeweiligen defizitären Bereichen, die kriminogene Faktoren umfassen, stattfinden soll (need principle) und dass die Intervention den spezifischen kognitiven Fähigkeiten der Klienten angepasst wird (responsivity principle) (Lösel 1998, S. 36 f.). Behandlungsprogramme, die diesen drei Grundprinzipien folgen, haben sich als besonders erfolgreich erwiesen.

Zur Sicherung der Wirksamkeit des sozialtherapeutischen Vorgehens hat der Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. erstmals 1988 Mindestanforderungen an die Qualität solcher Einrichtungen veröffentlicht. Inzwischen liegen konkrete Standards vor, welche die Organisationsform, die räumlichen Voraussetzungen, die Personalausstattung, die Therapie und die Dokumentation und Evaluation betreffen (vgl. dazu *Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug* 2001 & 2007).

### B.2.2 Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter

Nachdem der Schwerpunkt in der Sexualstraftäterbehandlung lange Zeit bei psychoanalytischen Behandlungen lag, bestimmen heute zunehmend kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme sowie die nach deren Prinzipien ausgerichteten Relapse Prevention Programme (RPP) die internationale Behandlungsszene (Marshall et al. 1998). Die Ergebnisse der Evaluationsforschung (vgl. E.1) haben zudem gezeigt, dass sich durch diesen Trend positivere Ergebnisse erzielen lassen. Weiterhin findet Sexualstraftäterbehandlung – im Gegensatz zum klassischen psychoanalytischen Einzelsetting – zunehmend in Gruppen statt, die vielen Sexualstraftätern eine günstige Möglichkeit bieten, ihre Isolation zu überwinden und mit ihrer Scham umzugehen und die Konfrontationsebenen schaffen.

Im niedersächsischen Strafvollzug wurde das *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter* (BPS) entwickelt, das internationale Erfahrungen, vor allem mit dem SOTP (Sex Offender Treatment Programme) aus England und Wales sowie Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung berücksichtigt (vgl. Wischka 2001). Das BPS ist eine kognitiv-behaviorale Gruppenmaßnahme für Sexualstraftäter, die in insgesamt 80 Sitzungen stattfindet. Da in der kognitiv-behavioralen Sexualstraftäterbehandlung ein vollständiges Deliktszenario die Grundlage für die weitere Behandlung von deliktspezifischen Problembereichen bildet, ist auch im BPS der Ablauf der Straftat ein wichtiger Bestandteil. Jeder Teilnehmer muss die Ausgangssituation, den Entscheidungsprozess und den Tatablauf mit den dazugehörigen Gedanken und Gefühlen in der Gruppe besprechen und persönliche Strategien zur Rückfallprävention für sich selbst erarbeiten (Wischka 2001). Das BPS ist in zwei Einheiten untergliedert, die ebenfalls den bisherigen Forschungserkenntnissen entsprechen, dass in der Behandlung zwischen tatverwandten und tatspezifischen Elementen unterschieden werden sollte (Marshall 1996). Der deliktunspezifische Teil (Teil U) des BPS berücksichtigt unterschiedliche Methoden, wie z. B. Trainings zur sozialen Kompetenz, zur „Sexualkunde“, zur Ärgerregulation, zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, zur Suchtmittelkontrolle u. a., je nach Proband und Problematik. Beim deliktspezifischen Teil (Teil S) wiederum steht die Sexualstraftat im Vordergrund und das Deliktszenario nimmt einen entscheidenden Platz ein (vgl. Tabelle B.3).

Das BPS wird inzwischen nicht nur im niedersächsischen Strafvollzug eingesetzt. Auch andere sozialtherapeutische Einrichtungen wie z. B. in Bochum, Adelsheim, Ludwigshafen oder Brandenburg bedienen sich dieser Gruppenmaßnahme (vgl. Abbildung C.19 in Kapitel C.2.11).

Tabelle B.3: Einheiten des Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS) nach Wischka (2001)

Deliktenspezifischer Teil (Teil U)	Deliktspezifischer Teil (Teil S)
Gesprächsverhalten	Persönliche Lebensgeschichte
Selbst- und Fremdwahrnehmung	Kognitive Verzerrungen
Rückmeldungen geben und empfangen	Stufen der Begehung von Sexualstraftaten
Stressmanagement	Scheinbar belanglose Entscheidungen
Wahrnehmung von Gefühlen	Risikosituationen
Moralisches Handeln und Empathie	Das Problem der unmittelbaren Befriedigung
Kontakt- und Kommunikationstraining	Kontrolle sexueller Phantasien
Geschlechtsrollenstereotypen	Ablauf der Straftat (Deliktenszenario)
Suchtmittelkontrolle	Opfer-Empathie
Menschliches Sexualverhalten	Rückfallprävention

Auch das Sex Offender Treatment Programme (SOTP) ist ein kognitiv-behavioral ausgerichtetes, stark strukturiertes Behandlungsprogramm für junge und erwachsene Sexualstraftäter, das 1992 in England und Wales etabliert wurde. Bei der Planung des SOTP ist man davon ausgegangen, dass ein solches Programm auf einem klaren, empirisch-wissenschaftlichen Veränderungskonzept beruhen müsste sowie auf die erwiesenermaßen kriminogenen Faktoren ausgerichtet sein sollte. Ebenso sollten die Behandlungsmethoden auf die Fähigkeiten der Täter zugeschnitten sein und dabei eine Kombination von kognitiven, verhaltenstherapeutischen und pädagogisch-bildungsmäßigen Elementen umfassen. Nach der Entlassung sollte das stationär begonnene Behandlungsprogramm durch ambulante Maßnahmen nochmals verstärkt werden. Das SOTP wurde an das deutsche Strafvollzugssystem adaptiert und erstmals im Jahre 2000 in einer sozialtherapeutischen Abteilung in Hamburg (JVA Fuhlsbüttel) im Rahmen eines Modellprojektes eingesetzt (vgl. *Berner & Becker* 2001). Das Kernprogramm des SOTP besteht darin, Verleugnung und Bagatellisierung der Tat abzubauen, Verständnis für das Erlebnis des Opfers zu wecken und Strategien zur Vermeidung erneuter Straftaten zu entwickeln. Dabei wird eine Vielzahl unterschiedlicher Behandlungsmethoden vereinigt (kognitiv-behaviorale Techniken, psycho-educative Methoden, Rollenspiele etc.). Untersuchungen des Home Office Research and Statistics Directorate in England haben gezeigt, dass sich die Rückfallrate durch die SOTP-Programme bei Sexualstraftätern im Vergleich zu einer nicht behandelten Kontrollgruppe verringern lässt (z. B. *Friendship et al.* 2003). Mittlerweile wird das SOTP nicht nur in Hamburg, sondern z. B. auch in den sozialtherapeutischen Einrichtungen in Lübeck, Halle und Berlin angeboten.

Das Anti-Sexuelle-Aggressivitäts-Training (ASAT) wurde in der JVA Amberg entwickelt und findet dort im Rahmen der Behandlung von erwachsenen, männlichen Sexualstraftätern mit Aggressionsproblematik Anwendung. Das ASAT ist ein Gruppentraining, welches nach einem festen Curriculum durchgeführt wird. Das primäre Ziel des ASAT ist die Rückfallvermeidung, daher wird versucht, eine Verbesserung der dynamischen, kriminogenen Risikomerkmale (z. B. antisoziale Einstellungen, Impulsivität etc.) bei Straftätern zu erreichen. Das ASAT gliedert sich in drei Phasen. Die einfüh-



rende Integrationsphase dient vor allem der Wissensvermittlung und Informationssammlung. Die Konfrontationsphase hat ihren Schwerpunkt auf der tiefgehenden Auseinandersetzung mit den Gewaltrechtfertigungs-, Bagatellisierungs- und Verleugnungsmechanismen der Gefangenen, um auf diesem Weg der Legendenbildung (kognitive Verzerrung) entgegenzuwirken. Die abschließende Gewaltverringerungsphase dient der weiteren Erarbeitung und Stabilisierung gewaltfreier Konfliktlösungsstrategien. Im ASAT finden die unterschiedlichsten Methoden Anwendung, z. B. Interaktionsspiele, Rollenspiele, Heißer Stuhl, Wissensvermittlung etc. (vgl. *Steffes-Enn* 2001). Nach den vorliegenden Behandlungskonzepten wird das ASAT in keiner anderen sozialtherapeutischen Einrichtung in Deutschland durchgeführt.

Neben der Behandlung im eigentlichen Sinne wird in drei sozialtherapeutischen Einrichtungen (Kaisheim, Lübeck und Willich) ein separater Sexualekundeunterricht angeboten, der im Wesentlichen den Wissensdefiziten der Gefangenen im Bereich der Sexualität vorbeugen soll. Ferner werden zusätzlich spezielle Rückfallpräventionsprogramme für Sexualstraftäter (RPP) eingesetzt, wie z. B. das aus Kanada stammende „Reasoning and Rehabilitation Programme“ (*Ross, Fabiano & Ewles* 1988; R&R) und das Gruppenprogramm nach *Eldridge & Bullens* (2000; E&B).

Die hier beschriebenen verschiedenen Interventionsprogramme wirken selbstverständlich nicht bei allen Behandelten in gleicher Weise. In der (Sexual-)Straftäterbehandlung kommt es daher je nach Tätertyp zu differentiellen Effekten, entsprechend seinen individuellen Bedürfnissen. Wesentlich für den Einsatz der jeweils geeigneten therapeutischen Maßnahme ist daher eine gründliche und nach Möglichkeit dynamische Diagnose und Persönlichkeitsbeurteilung der behandelten Straftäter. Je nachdem ob die Sexualdelinquenz z. B. durch Impulskontrollstörungen oder durch intrapsychische Spannungen mitbedingt wurde, muss eine Behandlung mit der entsprechenden Schwerpunktsetzung erfolgen (*Kury* 2001, S. 80).

## C. Die sozialtherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern

### C.1 Allgemeines

Ein Schwerpunkt des Projektes war die Erfassung der Behandlungskonzeptionen der sozialtherapeutischen Einrichtungen, die Sexualstraftäter behandeln. Daher wurde ein ausführlicher Fragebogen entwickelt, der alle relevanten Themenbereiche bei der Sexualstraftäterbehandlung erfassen sollte. Ausgangspunkt zur Entwicklung dieses Fragebogens war eine umfangreiche Literaturrecherche zur Thematik, eine Auswertung der vorliegenden Behandlungskonzepte der sozialtherapeutischen Einrichtungen und eine Orientierung an den Synopsen über Sozialtherapie im Strafvollzug von *Schmitt* (1971) und *Egg* (1993). Der daraus resultierte vorläufige Fragebogen wurde nach einem Pretest in der Sozialtherapeutischen Abteilung Lingen weiter optimiert und zusammen mit der jährlichen Stichtagserhebung zur Sozialtherapie der KrimZ im März 2006 an alle sozialtherapeutischen Einrichtungen, die Sexualstraftäter behandeln, versandt. Insgesamt wurden 16 typische Themenbereiche erfasst, die bei der Behandlung von Sexualstraftätern eine Rolle spielen.

Am 31.03.2006 gab es bundesweit 43 sozialtherapeutische Einrichtungen. Von diesen wurden vier Einrichtungen von der Befragung ausgenommen, da sie keine Verurteilten mit Sexualdelikten aufnehmen oder üblicherweise behandeln.<sup>1</sup> Damit umfasst die Stichprobe insgesamt 39 sozialtherapeutische Einrichtungen (5 selbständige Anstalten und 34 Abteilungen bzw. Teilanstalten).<sup>2</sup> Einbezogen wurden ausschließlich solche Einrichtungen, die in den Landesjustizverwaltungen als sozialtherapeutische Einrichtungen geführt wurden. Darüber hinaus existieren Einrichtungen, die sich lediglich selbst als „Sozialtherapie“ begreifen (wie etwa in der JVA Rosdorf) oder besondere Therapieangebote für Sexualstraftäter machen, ohne das Etikett „Sozialtherapie“ zu verwenden.

Aufgrund der sehr weit gestreuten Themenbereiche des Fragebogens wurden diese teilweise von mehreren Personen beantwortet, was von einigen Einrichtungen bei Rückfragen als sehr positiv bemerkt wurde, da so interne Diskussionen über bestimmte Aufgabenbereiche zustande kamen. Die sozialtherapeutischen Einrichtungen mit Gefangenen aus dem Jugendstrafvollzug fühlten sich zuerst nicht von der Befragung bezüglich Sexualstraftätern gem. § 9 Abs. 1 StVollzG angesprochen, da die Gefangenen dort überwiegend nach Jugendstrafrecht verurteilt sind und die Vorschriften des Strafvollzugsgesetzes nicht unmittelbar anzuwenden sind. Nach Kontaktaufnahme mit den betreffenden Einrichtungen konnten dort etwaige Bedenken bezüglich der Vergleichbarkeit der Klientel ausgeräumt und eine Beantwortung des Fragebogens erreicht werden. Insgesamt waren die sozialtherapeutischen Einrichtungen sehr koopera-

---

<sup>1</sup> Es handelt sich dabei um die sozialtherapeutische Abteilung Alfeld in Niedersachsen (nur weibliche Gefangene), die sozialtherapeutische Außenstelle Crailsheim in Baden-Württemberg (junge, drogenabhängige Gefangene, keine Sexualstraftäter), die sozialtherapeutische Abteilung Hahnöfersand in Hamburg (nur Gewaltstraftäter) und die sozialtherapeutische Anstalt Erlangen in Bayern (keine Sexualstraftäter).

<sup>2</sup> Siehe Anhang G.1.1.

tionsbereit, auch wenn mehrfach angemerkt wurde, der Fragebogen sei zu umfangreich.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Themenbereiche des Fragebogens dargestellt und diskutiert. Schwerpunkte wurden bei der Auswertung auf mögliche konzeptionelle Unterschiede je nach der Art der sozialtherapeutischen Einrichtung (selbständige Anstalt versus Abteilung), der Klientel, der Haftplatzkapazität, der therapeutischen Ausrichtung, dem Anteil von Sexualstraftätern an der Gesamtzahl der Gefangenen, dem jeweiligen Bundesland und dem Eröffnungszeitraum gesetzt. Aufgrund der geringen Fallzahlen in manchen Subgruppen sind jedoch die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten. Ergänzend wurden die Informationen aus den Daten der Stichtagserhebung zur Sozialtherapie 31.03.2006 mit in die Auswertung einbezogen.<sup>3</sup>

## C.2 Die sozialtherapeutischen Einrichtungen

### C.2.1 Allgemeine Informationen

Die Klientel in den befragten sozialtherapeutischen Einrichtungen setzt sich in 33 Fällen aus erwachsenen Männern, in 2 Fällen aus weiblichen Strafgefangenen und in den übrigen 4 Einrichtungen aus (männlichen) jungen bzw. jugendlichen Gefangenen zusammen. Zum Stichtag 31.03.2006 verfügten die untersuchten sozialtherapeutischen Einrichtungen über 1.771 Haftplätze, die zu rund 92 % (1.626) belegt waren.

Von den insgesamt 39 sozialtherapeutischen Einrichtungen, die Sexualstraftäter behandeln, wurden knapp zwei Drittel (25mal) seit 1997 eröffnet. Bei diesen 25 „neueren“ sozialtherapeutischen Einrichtungen handelt es sich – bis auf eine Ausnahme – um unselbständige Abteilungen. Die Ausnahme des § 123 Abs. 2 StVollzG war und ist in der Praxis die Regel. Dies wird sich auch im Bereich des Jugendstrafvollzuges bei der Einrichtung von weiteren sozialtherapeutischen Einrichtungen fortsetzen, wie in Kapitel A.2.3 ausgeführt. Die Einrichtung unselbständiger Abteilungen kann verschiedene Vor- und Nachteile haben. Probleme sind z. B. möglich, wenn es keine ausreichende räumliche und personelle Trennung zwischen der Stammanstalt und der sozialtherapeutischen Abteilung gibt und die Stammanstalt die Sozialtherapie „dominiert“ (z. B. *Alex* 2005, S. 105; *Drenkhahn* 2007, S. 205; *Mushoff* 2006; *Rehn* 2001, S. 11). Für die Bundesländer ist die Einrichtung von Abteilungen finanziell deutlich attraktiver als der Neu- oder Umbau einer eigenständigen sozialtherapeutischen Anstalt (*Schüler-Springorum* 2003, S. 581). Neben baulichen Kosten können auf diese Weise auch Personalkosten eingespart werden, da u. a. Verwaltungspersonal gemeinsam genutzt werden kann (*Wischka* 2004a, S. 283 f.). Durch die Verpflichtung aller Bundesländer sozialtherapeutische Haftplätze einzurichten – als Resultat des § 9 Abs. 1 StVollzG – bestand die Gefahr, dass einige der neueren Abteilungen lediglich das Label der „Sozialtherapie“ erhalten ohne tatsächlich die kostenintensiven Posten einer sozialtherapeutischen Behandlung zu erfüllen (*Krüger* 2004; *Rehn* 1990, S. 8).

<sup>3</sup> Die Daten der aktuelleren Stichtagserhebung zur Sozialtherapie vom 31.03.2007 wurden in diesem Kapitel nur in entsprechend gekennzeichneten Einzelfällen verwendet, um die erhebungszeitliche Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Vergleicht man die vier Inhaltsbereiche der Mindestanforderungen (s. Kapitel B.2.1 und *Spöhr* 2007, S. 27 ff.) in der Sozialtherapie zwischen den Einrichtungen, die vor und ab 1997 eröffnet wurden, miteinander, werden vor allem in zwei Bereichen Unterschiede deutlich (s. Abbildung C.1). Im Bereich der organisatorischen und – noch gravierender – der personellen Mindestanforderungen bestehen bei den „neueren“ sozialtherapeutischen Einrichtungen größere Defizite als bei den „älteren“.

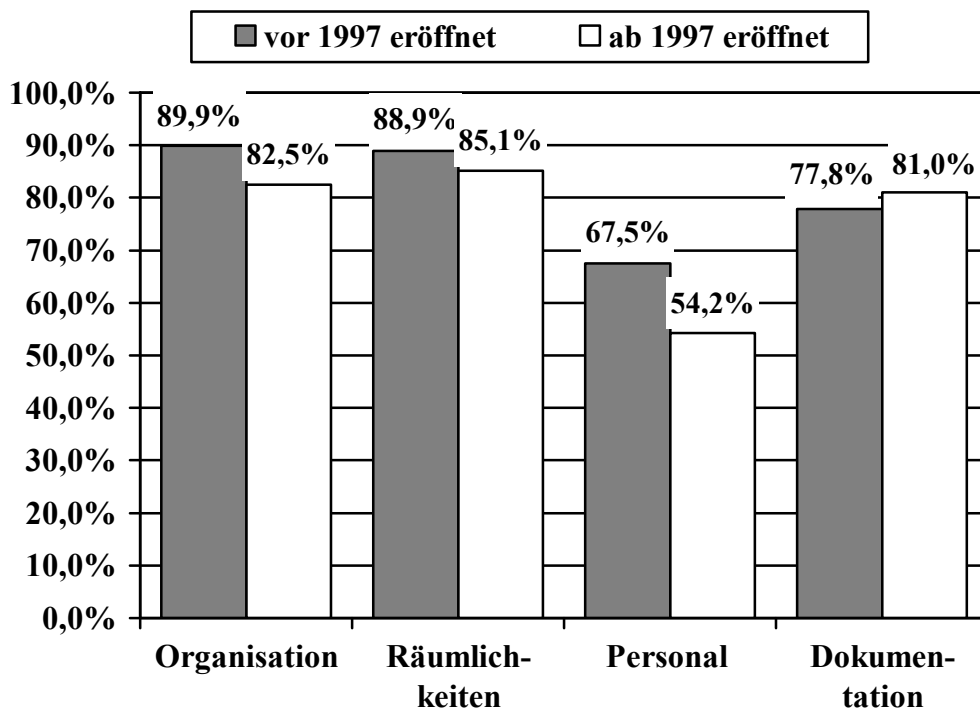
Die Mindestanforderungen an die Organisation und Struktur sind durchweg in allen Unterbereichen etwas seltener erfüllt. Am gravierendsten sind die Differenzen bezüglich des Vorhandenseins von eigenen Bereichen für Arbeit, Sport und Freizeitaktivitäten der neueren unselbständigen Abteilungen<sup>4</sup> (vgl. Kapitel C.2.4). Diese Mindestanforderung erfüllen lediglich 64,3 % der neueren sozialtherapeutischen Abteilungen teilweise oder komplett, aber immerhin 84,6 % der älteren Abteilungen.

Die Unterschiede bei den personellen Mindestanforderungen beziehen sich nicht auf größere Defizite der neueren sozialtherapeutischen Einrichtungen im Personalschlüssel des Allgemeinen Vollzugsdienstes oder des Fachdienstes, sondern z. B. darauf, dass die in den neueren Einrichtungen beschäftigten Psychologen seltener eine Approbation als Psychotherapeut aufweisen und dass weniger oft eine Anerkennung als Praktikumsstätte vorhanden ist. Auch ist in den neueren sozialtherapeutischen Einrichtungen häufiger kein eigener Schreib- und Bürodienst vorhanden und es gibt auch seltener weitere Stellen für fachärztliche, pädagogische und therapeutische Fachdienste. Die letztgenannten Punkte resultieren allerdings aus der Tatsache, dass es sich fast durchweg um unselbständige Abteilungen handelt (s. u.), die diese Dienste bei der jeweiligen Stammanstalt in Anspruch nehmen.

---

<sup>4</sup> Dieser Unterpunkt der organisatorischen und strukturellen Mindestanforderungen bezieht sich nur auf unselbständige Abteilungen.

Abbildung C.1: Stand der Erfüllung der Mindestanforderungen der „neueren“ und „älteren“ sozialtherapeutischen Einrichtungen (31.03.2007)<sup>5</sup>



Für die sozialtherapeutische Arbeit an sich (Betreuung durch den Allgemeinen Vollzugsdienst und die Fachdienste) sind also auch in den neueren Einrichtungen ungefähr die gleichen personellen Ausstattungen vorhanden, jedoch wird die berufliche Qualifizierung bei den Psychologen i. S. einer Approbation als Psychologischer Psychotherapeut weniger beachtet. Die häufiger in den neueren sozialtherapeutischen Einrichtungen fehlende Anerkennung als Praktikumsstätte gemäß § 2 Abs. 2.2 PsychTh-AprV hat zur Folge, dass auch kein eigener weiterqualifizierter Nachwuchs vor Ort ausgebildet werden kann.

Im Gesamten kann man also nicht davon sprechen, dass auf kostengünstige Weise „sozialtherapeutische“ Einrichtungen errichtet wurden, ohne auf die Mindeststandards zu achten. Es bestehen zwar teilweise erkennbare Defizite, aber diese müssen sich nicht als bedrohlich für die Durchführung einer wirksamen „Integrativen Sozialtherapie“ erweisen.

Ein Vorteil von kleineren, aber zahlreicheren Abteilungen gegenüber einer größeren selbständigen Anstalt in Flächenländern liegt in der potentiell größeren Heimatnähe

<sup>5</sup> Die Prozentangaben geben an, zu welchem Anteil die einzelnen Mindestanforderungsbereiche teilweise oder vollständig in den sozialtherapeutischen Einrichtungen erfüllt werden. Es handelt sich dabei um Durchschnittswerte aus den Angaben mehrerer Unterkategorien, die bei der jährlichen Stichtagserhebung zur Sozialtherapie durch die KrimZ erhoben werden (s. Spöhr 2007, S. 69 ff.).

für die Gefangenen und das meist bessere schulische und berufliche Angebot durch die Eingliederung und Mitversorgung durch die Regelvollzugsanstalt (*Drenkhahn* 2007, S. 133). Prinzipiell muss die Unselbständigkeit von sozialtherapeutischen Abteilungen gegenüber Anstalten kein Problem für die Qualität der Sozialtherapie bedeuten, wenn die in Kapitel B.2.1 genannten „Mindestkriterien eingehalten werden und Zielkonflikte gelöst werden können“ (*Wischka* 2004a, S. 284).

Nicht nur der Grad der baulichen Selbständigkeit, sondern auch die geographische Lage der sozialtherapeutischen Einrichtungen kann die Behandlungsmöglichkeiten beeinflussen. Je nach Standort der Einrichtung können sich unterschiedliche Möglichkeiten in den externen Angeboten ergeben. Verstärkt betrifft dies die Aussichten von Gefangenen, im Rahmen von Lockerungen z. B. Ausbildungen zu absolvieren oder externe Therapeuten oder Einrichtungen für die Zeit nach der Entlassung zu finden. Ferner kann es Auswirkungen auf die Pflege sozialer Netzwerke haben. Größere Städte verfügen meist über eine bessere Infrastruktur und vereinfachen beispielsweise den Besuch von Verwandten, Bekannten, Freunden, Schuldenberatern und externen Therapeuten. Weiterhin ergibt sich ein höheres Angebot an vollzugsexternen Arbeitschancen für Gefangene, die meist eine Mitvoraussetzung für die Gewährung von Lockerungen darstellen. Sozialtherapeutische Einrichtungen, die im Zentrum oder am Ortsrand von Groß- oder Mittelstädten liegen, bieten allgemein vielfältigere Möglichkeiten, auch therapeutisch Erlerntes zu erproben und nicht nur Therapie unter einer „Glasglocke“ zu absolvieren. In Kleinstädten und ländlicheren Regionen hingegen gibt es kaum Anonymität. Freigänger beispielsweise könnten daher eher von den Einheimischen erkannt, beobachtet und ausgegrenzt werden, so dass einerseits eine Erprobung unter alltäglichen Bedingungen kaum möglich wäre, wenn nicht in der Nähe eine in kurzer Zeit gut zu erreichende größere Stadt vorhanden ist, und andererseits können allein durch die Etikettierung Therapieerfolge verloren gehen<sup>6</sup>. Gegenteilig kann es sogar ein Vorteil sein, wenn die Anonymität fehlt: der Klient muss lernen, mit negativen Reaktionen umzugehen und zu seiner Tat zu stehen. Der Lage der sozialtherapeutischen Einrichtung kommt für sich alleine genommen keine enorme Bedeutung zu. Die Akzeptanz der Einwohner, die Arbeitsmarktlage und -möglichkeiten in der Stadt/

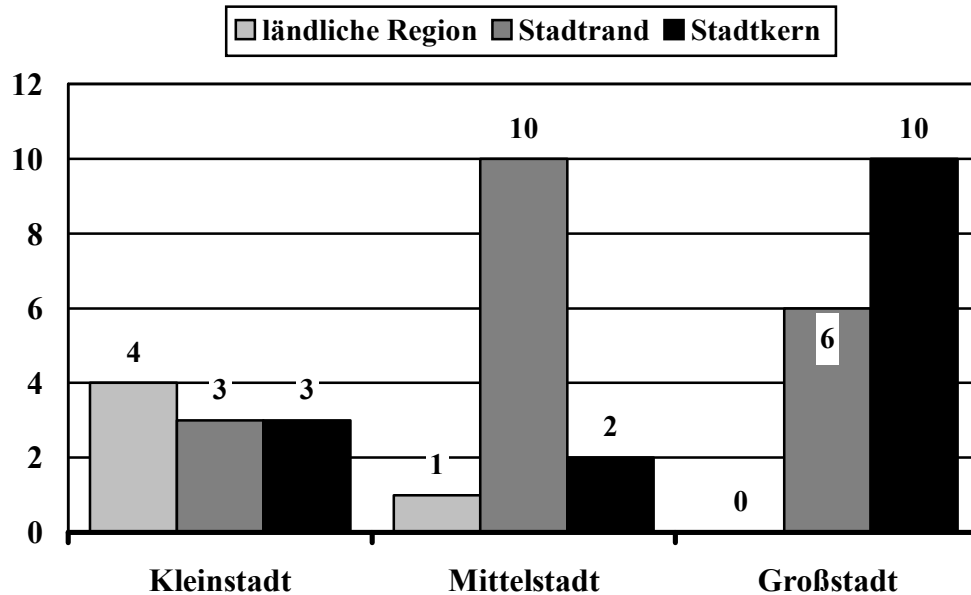
---

<sup>6</sup> Die Reaktionen von Anwohnern, die im Zusammenhang mit Straftätern und speziell in Lockerungsmaßnahmen befindlichen Sexualstraftätern stehen kann man regelmäßig den Medienberichterstattungen entnehmen. So forderten z. B. die Anwohner von Weiterstadt, dass das Untersuchungsgefängnis „weit weg vom Ort“ gebaut werden sollte (*Pellar, Carina* (2003). Weiterstadt hat sich an das Gefängnis gewöhnt [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.faz.net/s/Rub8D05117E1AC946F5BB438374CCC294CC/Doc~E47F0F97D7A744DB8AC58D54D8398E136~ATpl~Ecommon~Scontent.html> [04.02.2008]). Auch in Lichtenberg haben sich jüngst durch eine Sexualstraftat die Gemüter über eine nahe gelegene Haftanstalt mit offenem Vollzug erhitzt, obwohl ein Zusammenhang nicht nachgewiesen war (*Fuchs, Claudia & Schnedelbach, Lutz* (2008). Vergewaltigung löst Debatte über Haftanstalt aus. Polizei sucht nach zwei pädophilen Männern in Lichtenberg [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/print/berlin/721253.html> [06.02.2008]). Und auch im Bosch-Haus in Viersen, in dem jugendliche Sexualstraftäter behandelt werden, berichtet der Heimleiter über Erfahrungen mit der Angst und dem Misstrauen von Anwohnern (*Supp* 2008, S. 70). Daher scheinen solche Vermutungen nicht so abwegig, auch wenn bisher keine Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der Reaktion der Anwohner je nach städtischer Lage bekannt sind.

Region und die Gegebenheiten zur Pflege von Außenkontakten spielen eine wichtigere Rolle.

Insgesamt verteilen sich die sozialtherapeutischen Einrichtungen relativ gleichmäßig auf Klein-, Mittel- und Großstädte. Die meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen befinden sich am Stadtrand einer Mittelstadt oder im Stadtkern einer Großstadt (je 10x). (s. Abbildung C.2)

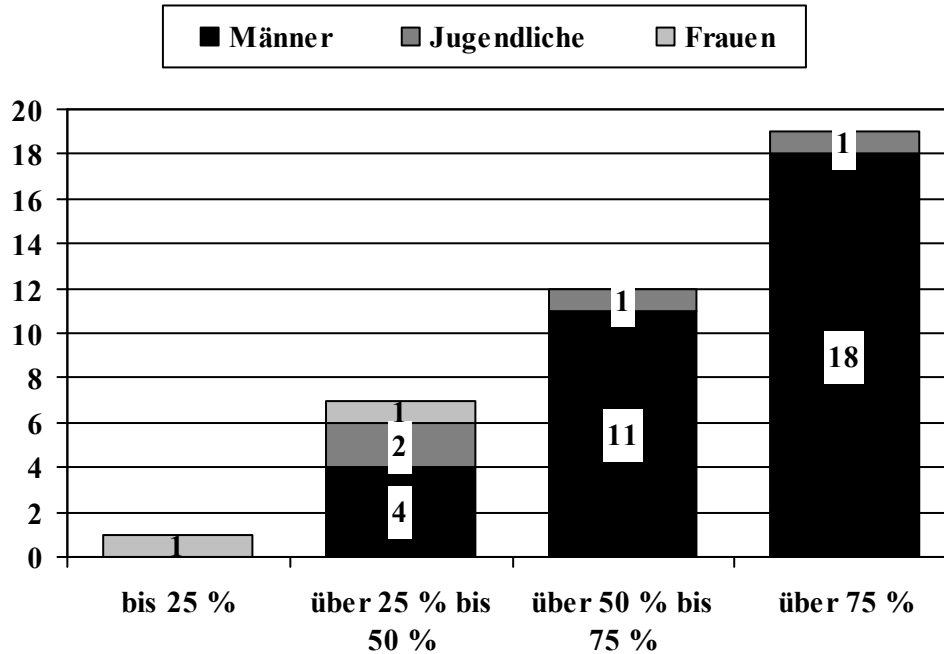
Abbildung C.2: Lage der sozialtherapeutischen Einrichtungen



Während sozialtherapeutische Einrichtungen in Mittelstädten überwiegend am Stadtrand liegen, befinden sich sozialtherapeutische Einrichtungen in Großstädten meist im Stadtkern. Vier der fünf selbständigen Anstalten befinden sich in Großstädten, wovon drei Anstalten im Stadtkern liegen. Betrachtet man die Lage der Einrichtungen getrennt nach der Klientel, zeigt sich, dass die beiden sozialtherapeutischen Abteilungen für Frauen jeweils in Großstädten liegen, die für junge Gefangene nur in Klein- oder Mittelstädten und die für erwachsene Männer überall vertreten sind. Aufgrund der geringen Fallzahlen bei der weiblichen und jungen Klientel lassen sich jedoch keine signifikanten Ergebnisse gewinnen.

Unterteilt man die sozialtherapeutischen Einrichtungen nach der Höhe ihres Sexualstraftäteranteils (s. Abb. C.3), lässt sich feststellen, dass Einrichtungen, die einen sehr hohen Anteil an Sexualstraftätern haben (75 % bis 100 %), überwiegend am Stadtrand von Mittel- und Großstädten liegen (11 von 19). Es handelt sich dabei in 10 von 11 Fällen um Einrichtungen, die nach 1997 eröffnet wurden.

Abbildung C.3: Anteil der Sexualstraftäter nach Klientel



Auffällig ist hier vor allem die hohe Anzahl von sozialtherapeutischen Einrichtungen, die fast ausschließlich (über 75 bis 100 %) Sexualstraftäter beherbergen. Insgesamt lag der durchschnittliche Anteil an Sexualstraftätern zum 31.03.2006 bei zwei Dritteln (65,4 %) in der Stichprobe<sup>7</sup>. Zehn Jahre zuvor sah die Klientel in den sozialtherapeutischen Einrichtungen ganz anders aus: es dominierten Verurteilte wegen Eigentums- und Vermögensdelikten, Sexualdelinquenten waren deutlich seltener vertreten (vgl. Spöhr 2007, S. 15). Sozialtherapie ist vor allem im Bereich männlicher Erwachsener seit der Gesetzesänderungen 1998 zunehmend zur Sexualstraftätertherapie geworden, indem das Kriterium des chronischen Rückfalls durch die Schwere des Einweisungsdelikts ersetzt wurde (Drenkhahn 2007, S. 219).

Bei den auf Sexualstraftätern spezialisierten sozialtherapeutischen Einrichtungen (über 75 % Sexualdelinquenten) handelt es sich meist um „neuere Kleinabteilungen“ (s. Tab C.1 und Abbildung C.3); knapp die Hälfte aller sozialtherapeutischen Einrichtungen (12mal), die seit 1997 eröffnet wurden, zeichnen sich durch ein maximales Haftplatzangebot von 24 und einem Sexualstraftäteranteil von über 75 % aus.

<sup>7</sup> Die Angabe bezieht sich nur auf die sozialtherapeutischen Einrichtungen, die auch Sexualstraftäter behandeln. Der Anteil der Sexualstraftäter aller sozialtherapeutischen Einrichtungen betrug am 31.03.2006 62,3 % (Hinze 2006, S. 15).



Tabelle C.1: Anteil der Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Einrichtungen nach Haftplatzangebot und Eröffnungsjahr

Eröffnungsjahr	Haftplatzangebot <sup>8</sup>	Sexualstraftäteranteil			Gesamt
		≤ 50 %	> 50 % bis 75 %	> 75 %	
vor 1997 eröffnet	bis 24 Haftplätze (klein)	1	1	1	3
	über 24 bis 37 Haftplätze (mittel)	1	1	2	4
	über 37 Haftplätze (groß)	2	5	0	7
	Gesamt	4	7	3	14
ab 1997 eröffnet	bis 24 Haftplätze (klein)	1	2	12	15
	über 24 bis 37 Haftplätze (mittel)	2	1	1	4
	über 37 Haftplätze (groß)	1	2	3	6
	Gesamt	4	5	16	25

Von den 18 „kleinen“ sozialtherapeutischen Einrichtungen wiesen 13 einen Sexualstraftäteranteil von über 75 % zum Stichtag 31.03.2006 auf. Hier ist bemerkenswert, dass alle Einrichtungen, die ausschließlich für erwachsene Sexualdelinquenten<sup>9</sup> vorgesehen sind, in Bayern liegen. Eine weitere Besonderheit für die Sozialtherapie in Bayern ist, dass es dort ausschließlich kleine (bis 24 Haftplätze) unselbständige Abteilungen gibt<sup>10</sup>. Lediglich in Nordrhein-Westfalen scheint es eine ähnliche Bevorzugung zu geben, da dort fünf von acht sozialtherapeutischen Einrichtungen ebenfalls unter diese Kategorie fallen. In Niedersachsen hingegen verfügen die meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen über ein mittleres Haftplatzangebot (24 bis 37 Haftplätze). Sonst lassen sich in den anderen Bundesländern mit mehreren sozialtherapeutischen Einrichtungen keine weiteren „Kapazitätspräferenzen“ ausmachen.

### C.2.2 Die Leitung der Sozialtherapeutischen Einrichtungen

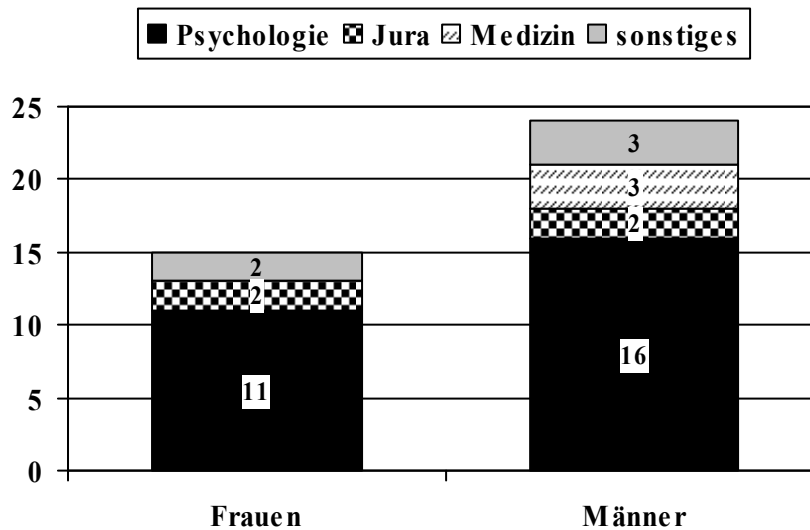
Die meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen werden von (männlichen) Psychologen geleitet (s. Abbildung C.4). Nur jede dritte Leitungsstelle wurde zum 31.03.2006 von Frauen besetzt, jedoch hat sich ihr Anteil in den letzten zehn Jahren verdoppelt (1997: 17,1 %; 2006: 33,7 %; *Hinz* 2006, S. 55). Lediglich die sozialtherapeutischen Einrichtungen im Jugendstrafvollzug werden in drei von vier Fällen von Frauen geführt.

<sup>8</sup> Die genannten Kategoriengrößen wurden anhand von Perzentil-Berechnungen gebildet.

<sup>9</sup> Zusätzlich gibt es noch in Niedersachsen (Hameln, Sozialtherapie II) eine ausschließlich auf jugendliche bzw. junge Sexualstraftäter spezialisierte sozialtherapeutische Abteilung.

<sup>10</sup> Wie in Kapitel A.2.3 ausgeführt, sind in Bayern weiterhin ausschließlich solche kleinen sozialtherapeutischen Abteilungen geplant.

Abbildung C.4: Profession der Leiterinnen und Leiter der sozialtherapeutischen Einrichtungen



Es lässt sich vermuten, dass die Profession der Leitung Auswirkungen auf das Behandlungsangebot haben kann, da je nach fachlicher Ausrichtung die jeweilige Perspektive und Handlungsweise differiert. Ein Jurist wird seinen Fokus auf andere Dinge legen als ein Psychologe. Früher sah die – nie in Kraft getretene – Vorschrift des § 65 Abs. 1 StGB ausdrücklich eine ärztliche Leitung vor, damit sichergestellt werden sollte, dass therapeutische Aspekte bei Entscheidungen im Vordergrund stehen (Egg 2003, S. 201). Dennoch wurde die Leitung in der Praxis überwiegend von Nicht-Ärzten übernommen. Die Leiterinnen und Leiter der sozialtherapeutischen Einrichtungen hatten zum Stichtag zu 69,2 % eine psychologische Ausbildung. Hier lag der Anteil der Frauen (73,3 %) prozentual über dem Anteil der Männer (58,3 %). Drei sozialtherapeutische Einrichtungen werden von Medizinern<sup>11</sup> und vier weitere von jeweils zwei Juristen und Juristinnen geleitet. Anhand der erhobenen Daten ließen sich jedoch keine aussagekräftigen Differenzierungen (z. B. bezüglich der therapeutischen Ausrichtung, Größenordnung der sozialtherapeutischen Einrichtung, Sexualstraftäteranteil etc.) zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen hinsichtlich der Profession der Leitung herausfiltern. Somit erscheint es „unerheblich, ob ein Arzt, ein Psychologe, ein Pädagoge oder ein Soziologe an der Spitze der Anstalt steht“ (Rehn 1990, S. 12).

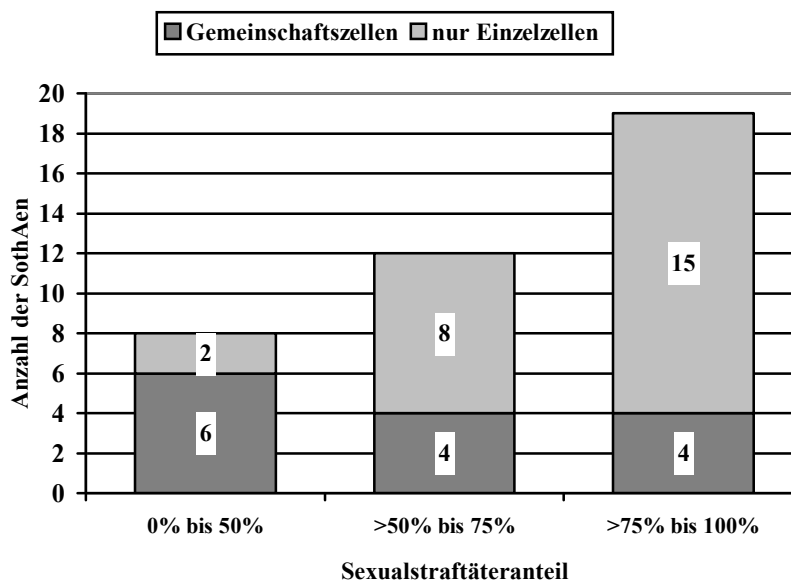
<sup>11</sup> Hierbei scheint es sich wieder um eine bayerische Spezialität zu handeln, da alle drei Mediziner sozialtherapeutische Einrichtungen in Bayern leiten.

### C.2.3 Belegung

Die Frage nach der Belegung zum 31.03.2006 ist ergänzend zu den Daten der Stichtagserhebung Sozialtherapie im Strafvollzug 2006 der Kriminologischen Zentralstelle (Hinz 2006) zu sehen. Zusätzlich wurde erfasst, wie viele Einzelzellen, Gemeinschaftszellen und Wohngruppen es gibt. Je nach Kapazität und Art der Belegung in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen können die Behandlungsangebote, die Weiterbildungsmaßnahmen und das Behandlungsklima beeinflusst werden.

Wie oben ausgeführt, befanden sich zum Stichtag 1.626 Gefangene in den 39 sozialtherapeutischen Einrichtungen. Diese wurden in 1.526 Einzelzellen und 95 Gemeinschaftszellen untergebracht. Gemeinschaftszellen, die meist als Doppelzimmer genutzt werden, finden sich in 14 sozialtherapeutischen Einrichtungen (35,9 %). Neun Bundesländer haben solche Gemeinschaftszellen, von denen aber zwei Bundesländer besonders hervorstechen: Sachsen und Niedersachsen. In Sachsen gibt es in allen drei sozialtherapeutischen Abteilungen Gemeinschaftszellen und in Niedersachsen wurde in der Hälfte der sozialtherapeutischen Einrichtungen (4mal) eine Gemeinschaftsunterbringung eingerichtet<sup>12</sup>. Demgegenüber sind in allen sieben erfassten bayerischen sozialtherapeutischen Einrichtungen nur Einzelzellen für die Gefangenen vorgesehen. Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Höhe des Anteils der Sexualstraftäter in einer sozialtherapeutischen Einrichtung und dem Vorhandensein von Gemeinschaftszellen. Je höher der Anteil an Sexualdelinquenten, desto geringer der Anteil der sozialtherapeutischen Einrichtungen mit Gemeinschaftszellen (vgl. Abb. C.5).

Abbildung C.5: Unterbringung der Gefangenen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen



<sup>12</sup> Eine niedersächsische Abteilung hat ausschließlich Gemeinschaftszellen.

Die gemeinschaftliche Unterbringung von Gefangenen kann in der Sozialtherapie mehrere Funktionen erfüllen (Brand 2006a, S. 142 f.; Krech et al. 1998, S. 152; Zimbardo & Gerrig 1999, S. 667):

- Feststellung der Gruppenfähigkeit des Gefangenen zu Beginn der Sozialtherapie
- Motivator und Vorbildfunktion eines „erfahrenen“ Zellengenossen für den Gefangenen.
- Praktisches Training und Umsetzung neu erlernter Kompetenzen im Bereich der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit, sozialer Kompetenzen etc.
- Gegenseitige Erfolgskontrolle, d. h. bisher unbemerkte Krisensituationen können vom Zellengenossen erkannt, den Mitarbeitern der Einrichtung mitgeteilt und entsprechend therapeutisch bearbeitet werden.

Sie birgt aber auch Gefahren wie sich im jüngsten Vorfall in der JVA Siegburg gezeigt hat (vgl. Hüwel, Röhring & Voogt 2006<sup>13</sup>; Wirth 2006b). Daher sollten Gemeinschaftsunterbringungen, wenn sie erforderlich sind, auf maximal zwei Gefangene begrenzt sein und nicht in Form von 3er oder 4er Belegungen umgesetzt werden. Bei Besetzung von Gemeinschaftszellen mit mehr als zwei Gefangenen können sich subkulturelle Probleme entwickeln oder vergrößern (Kreuzer 2006; Otto 2001). Im Fall von Sexualstraftätern könnte das z. B. zu einem regen und therapiekonträren Austausch über sexuelle Fantasien oder Taten führen. Dies könnte u. a. auch der Grund sein, warum es in den sozialtherapeutischen „Sexualstraftäterabteilungen“ überwiegend nur Einzelunterbringungen gibt. Hinzu kommt, dass die Unterbringung von Sexualstraftätern in Einzelzellen auch einen Schutz vor gewalttätigen Übergriffen bietet.<sup>14</sup> Selbst in sozialtherapeutischen Einrichtungen, in denen ausschließlich Sexualstraftäter untergebracht sind, kann es zu solchen Tötlichkeiten kommen, da es dort ebenfalls Hierarchien gibt, bei denen Pädophile auf unterster Stufe stehen (s. u.). Weiterhin besteht ein Recht der Gefangenen auf Einzelunterbringung während der Ruhezeiten.<sup>15</sup> Die sozialtherapeutischen „Sexualstraftäterabteilungen“ scheinen sich eher an diese Vorgabe zu halten, da sie meist zu den neueren sozialtherapeutischen Einrichtungen zählen. Während die Hälfte der vor 1997 eröffneten sozialtherapeutischen Einrichtungen noch Gemeinschaftszellen aufweisen (7 von 14 Einrichtungen), haben bei den neueren sozialtherapeutischen Einrichtungen lediglich 28 % solche Räumlichkeiten (7 von 25 Einrichtungen). Lässt sich eine Einzelunterbringung nicht für alle Gefangenen umsetzen, sollte zusätzlich auf die Passung<sup>16</sup> der Straftätergruppen und -persönlichkeiten zueinander geachtet werden. Gerade in den sozialtherapeutischen

<sup>13</sup> Hüwel, Detlef; Röhring, Andrea & Vogt, Gerhard (2006). Mord in JVA Siegburg. Neuer Gewaltfall in einem NRW-Gefängnis, 17.11.2006 [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.rp-online.de/public/article/aktuelles/politik/deutschland/377157> [04.02.2008]

<sup>14</sup> Klenk, Florian (2006). Hirsche und Wölfe, vom 30.11.2006 [Internet]. DIE ZEIT, 49. Verfügbar unter: [http://www.zeit.de/2006/49/JVA\\_Siegburg?page=1](http://www.zeit.de/2006/49/JVA_Siegburg?page=1) [05.03.2008].

<sup>15</sup> Kummer, Jochen (2002). Recht auf Einzelzelle. Tausende von neuen Haftplätzen müssen gebaut werden. Jeder kostet den Steuerzahler 115.000 Euro [Internet]. Verfügbar unter: [http://www.welt.de/printwams/article602719/Recht\\_auf\\_Einzelzelle.html](http://www.welt.de/printwams/article602719/Recht_auf_Einzelzelle.html) [05.03.2008].

<sup>16</sup> Weitere Ausführungen hierzu im folgenden Abschnitt.

Einrichtungen sollen dem Angleichungsgrundsatz gemäß § 3 StVollzG entsprochen werden. Durch die Einzelunterbringung kann so für jeden Insassen ein Stück gestalterischer und persönlicher Freiraum in seiner „eigenen“ Zelle ermöglicht werden.

Auch die Frage, ob es eine getrennte Unterbringung nach Deliktgruppen gibt, spielt eine wichtige Rolle bei der Sozialtherapie von Sexualstraftätern. So könnte eine nicht nach Deliktgruppen getrennte Unterbringung dazu führen, dass das Verleugungsverhalten von Sexualstraftätern verstärkt wird, da diese erfahrungsgemäß auf der untersten Hierarchiestufe im Strafvollzug stehen<sup>17</sup> und von Mitgefangenen negativ sanktioniert werden (Rehder 1993, S. 28), oder aber auch, dass sich diese mit ihren Taten und der Nichtakzeptanz durch andere Gefangene auseinandersetzen und zu ihren Taten stehen (vgl. Wischka 2001, S. 31). Eine gemeinsame Unterbringung mit anderen Gruppen von Straftätern kann sich also sowohl positiv als auch negativ auf eine Behandlung auswirken. Analog kann bezüglich einer getrennten Unterbringung argumentiert werden. Wenn die Gefangenen nach Deliktgruppen untergebracht werden, können sich die Betroffenen leichter und ohne Angst vor Strafen durch Mitgefangene öffnen und zu ihren Taten stehen. Negativ könnte in diesem Fall aber sein, dass der schrittweise Behandlungserfolg und die Bekenntnis zur Straftat nicht an „anderen“ Mitmenschen (außer gleich gesinnten Straftätern und dem Personal der sozialtherapeutischen Abteilung) erprobt und weiter erarbeitet wird. Bei einer getrennten Unterbringung der Gefangenen kann ferner relevant sein, nach welchen Kriterien die Trennung konkret erfolgt – wird schlicht nach Gewalt- und Sexualstraftätern unterschieden oder erfolgt eine feinere Trennung nach Deliktuntergruppen, wie z. B. zwischen Vergewaltigern und Missbrauchern.

Von der Möglichkeit der deliktspezifischen räumlichen Trennung wird in den sozialtherapeutischen Einrichtungen jedoch fast kein Gebrauch gemacht. Lediglich in einer sozialtherapeutischen Anstalt (Tegel) werden Sexualstraftäter getrennt von anderen Straftätern untergebracht. Hierfür stehen 35 separate Haftplätze zur Verfügung.

Es ist anzunehmen, dass die von den sozialtherapeutischen Einrichtungen präferierte gemeinsame Unterbringung von Gefangenen überwiegend aus räumlichen und organisatorischen Bedingungen resultiert. In den mehrheitlich unselbständigen Abteilungen werden kaum Möglichkeiten zur räumlichen Trennung von Gefangenen nach Deliktgruppen und zu wenig Personal für die Bedienung zweier getrennter Bereiche vorhanden sein. Zusätzlich wird in der sozialtherapeutischen Praxis den Verleugnungstendenzen entgegengewirkt, indem es explizite Regelungen für ein „Outing“ gibt, wie z. B. die Vorstellungspflicht eines neuen Gefangenen in der ersten gemeinsamen Wohngruppenbesprechung oder Gruppentherapiesitzung mit Nennung der zur Freiheitsstrafe führenden Straftat(en)<sup>18</sup>. Aber auch indirekt kommt es zu einer Kenntlichmachung als Sexualstraftäter: Therapie- und Behandlungspläne sind meist für alle Insassen transparent gestaltet, so dass für Mithäftlinge die Teilnahme an deliktspezifischen Gruppentherapiesitzungen (z. B. Therapiegruppe für Missbrauchstäter) zu be-

<sup>17</sup> Am stärksten sind hiervon pädophile Gefangene betroffen, wie man schon an den Titulierungen dieser Tätergruppe im Knastjargon erkennen kann (z. B. bei Klocke 2004, S. 156; Laubenthal 2001, S. 12).

<sup>18</sup> Das wird beispielsweise in der sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigshafen umgesetzt (Judith 1995).

stimmt Zeitpunkten leicht ersichtlich ist. Bei einer deliktspezifischen Trennung kann zudem die Gefahr bestehen, dass sich die Wohngruppenmitglieder in ihren Fixierungen durch Austausch von Fantasien gegenseitig negativ verstärken und so dem Therapieerfolg entgegenwirken (vgl. *Nellessen 1984; Sonnabend & Heim 2001*).

Entscheidend für das therapeutische Klima der Wohngruppen in den Anstalten und Abteilungen ist nicht die Trennung oder Mischung von Gefangenen mit bestimmten Delikten, sondern die Berücksichtigung der Persönlichkeitsstrukturen und -störungen. So sollte bei der Zusammenstellung einer Gruppe darauf geachtet werden, dass z. B. nicht zu viele Probanden mit narzisstischen Störungen zusammen kommen (*Brand 2006a*, S. 142 f.). Dies wird aber angesichts bestehender Wartelisten und räumlicher Gegebenheiten meist nicht umsetzbar sein. Wenn ein Haftplatz frei wird, wird er mit dem nächsten auf der Warteliste stehenden Gefangenen besetzt, da es rechtlich und ethisch ebenfalls nicht vertretbar wäre, einem Gefangenen zeitweilig die Therapie zu verweigern (mit der Möglichkeit, dass für die Therapie die Strafhaftzeit nicht mehr ausreichend ist) und einen anderen weiter unten auf der Liste stehenden Gefangenen zu bevorzugen, da er das in die Gruppe am besten „passende“ Störungsbild aufweist. In Bundesländern, die einen höheren Anteil von sozialtherapeutischen Haftplätzen an allen Regelvollzugshaftplätzen haben, wird dieses Problem jedoch seltener auftreten und eher die Berücksichtigung der „Passung“ gestatten.

Über eine Unterteilung in Wohngruppen verfügen 36 sozialtherapeutische Einrichtungen<sup>19</sup>. Die Wohngruppenbelegung beläuft sich bei diesen im Durchschnitt auf mindestens 11 und maximal auf 15 Gefangene. Hier lässt sich zwischen den selbständigen Anstalten und den Abteilungen ein enormer Unterschied erkennen. In den Anstalten sind meist 7 bis 8 Wohngruppen mit je 6 bis 13 Gefangenen vorgesehen, während in den Abteilungen lediglich durchschnittlich drei Wohngruppen mit minimal 12 und maximal 15 Insassen vorhanden sind. In den Mindestanforderungen der *Arbeitsgruppe Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V.* (s. Kapitel B.2.1) werden als Grundeinheit für Wohngruppen 8 - 12 Gefangene vorgesehen. Demnach können die selbständigen Anstalten (baulich) eher diesem Qualitätskriterium entsprechen als die Abteilungen.

#### C.2.4 Räumliche Gegebenheiten

Ergänzend zur Belegung(-smöglichkeit) in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen sind weitere räumliche Gegebenheiten wie z. B. die Art und Anzahl zweckgebundener oder multifunktionaler Räume zu sehen. Zweckgebundene Räume können den Einstieg in den jeweiligen sozialtherapeutischen Bereich erleichtern, indem bei Übertreten der Raumschwelle die entsprechende emotionale Grundstimmung geschaffen und eingeleitet wird, d. h. ein „geschützter Raum“ für den Klienten entsteht (*Janssen et al. 1998*). Speziell bei den Therapiesitzungen kann so z. B. bei Betreten des Raumes durch den Klienten eine Assoziation von Vertrautheit und Offenheit

---

<sup>19</sup> Drei kleine sozialtherapeutische Abteilungen mit einer Haftplatzanzahl von 9, 15 und 16 untergliedern sich nicht in Wohngruppen.

entstehen, die der Therapie förderlich ist. Die emotionale und mentale Zweckbindung kann somit positiv unterstützend auf die Beziehung und die Art der Interaktion zwischen Therapeuten und Klienten wirken, die für den Erfolg der Sozialtherapie sehr bedeutsam sind. Bei mehrfacher Nutzung des Raumes könnte diese emotionale Verknüpfung bei dem Klienten jedoch zumindest erschwert werden (*Janssen* 1987). Demgegenüber stehen begrenzte räumliche Ressourcen, die bei nur einmalig zweckgebundener Nutzung der Räume zu einer Verminderung an Angebotsmöglichkeiten führen.

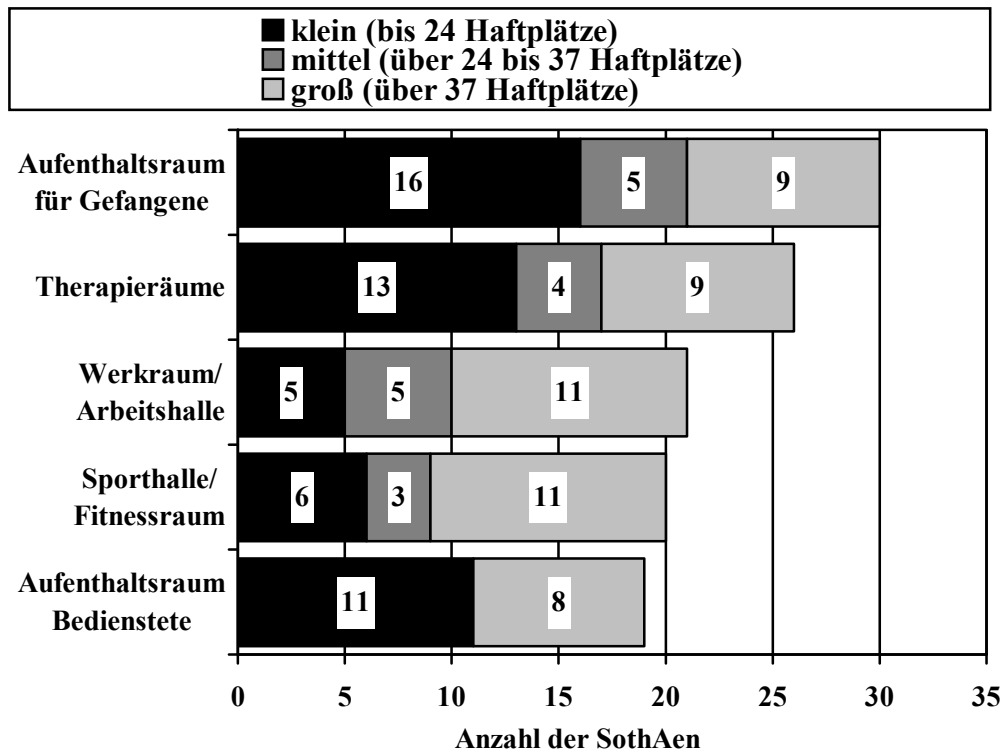
Die Situation in den sozialtherapeutischen Einrichtungen war zum Stichtag 31.03. 2006 wie folgt: Lediglich zwei Abteilungen nutzen Räume nicht multifunktional. Unterschiede gab es bei der Menge der multifunktional genutzten Räume und der (Organisations-)Art der sozialtherapeutischen Einrichtungen. Selbständige Anstalten nutzen durchschnittlich mehr Räume (7-9 Räume) multifunktional als Abteilungen (5 Räume), um ihre Angebotsmöglichkeiten weiter zu erhöhen. Da die selbständigen Anstalten über ein deutlich größeres Platzangebot verfügen, sind von vornherein mehr potentiell multifunktional nutzbare Räume vorhanden. Dadurch, dass mit zunehmender Einrichtungsgröße auch mehr (therapeutisch tätiges) Personal vorhanden ist, erhöht sich auch das Potential an speziellen Qualifikationen (z. B. Musiktherapeutische oder künstlerische Ausbildungen), das durch die mehrfache Nutzung von Räumen auch eher ausgeschöpft werden kann.

Ein weiterer Grund für die seltenere multifunktionale Verwendung von Räumlichkeiten in den unselbständigen Abteilungen kann das Bedürfnis sein, eine klare Funktionsrolle gegenüber der Stammanstalt einzunehmen. Da in den kleineren Abteilungen nur wenig Räume vorhanden sind, müssen sie bestimmte Räume zusammen mit der Stammanstalt verwenden (s. Tabelle C.2). Um nicht noch mehr Berührungs- und Abhängigkeitspunkte zu schaffen, kann durch den Verzicht weitere Räume mit der Stammanstalt mehrfach zu nutzen, eine klarere Trennung und Abgrenzung erreicht werden.

Allein die Angabe, dass Räume multifunktional genutzt werden, bedeutet nicht, dass es negative Auswirkungen auf die Behandlungsatmosphäre gibt, sofern es sich dabei nicht um die gerade diskutierte multifunktionale Nutzung von Therapieräumen geht. Bezieht sich der multifunktionale Einsatz z. B. auf die Nutzung eines Saales für Gottesdienste, Vorträge und Theateraufführungen, ist keine Beeinträchtigung des therapeutischen Klimas zu erwarten.

Die Entscheidung, ob ein Raum sowohl für therapeutische als auch nicht-therapeutische Zwecke genutzt wird, hängt jedoch meist nicht von persönlichen Entscheidungen der Mitarbeiter, sondern von der oft vorherrschenden Raumknappheit in den sozialtherapeutischen Einrichtungen ab, die zu einer solchen gemischten Nutzung zwingt. So verfügen lediglich zwei Drittel der sozialtherapeutischen Einrichtungen (26mal) über allein zur Therapie genutzte Räume. Eine Abteilung (Zeithain) hat keine ausschließlich an einen Zweck gebundenen Räume. Bei allen anderen sozialtherapeutischen Einrichtungen zeigt sich, dass die Anzahl zweckgebundener Räume mit der Zahl der Haftplätze zunimmt.

Abbildung C.6: Zweckgebundene Räumlichkeiten der soziatherapeutischen Einrichtungen getrennt nach Haftplatzkapazität



In der Mehrheit der 18 kleinen sozialtherapeutischen Einrichtungen sind Aufenthaltsräume für die Gefangenen und Bediensteten sowie Therapieräume vorhanden, die sonst zu keinem anderen Zweck genutzt werden (s. Abbildung C.6). Keine der 8 mittelgroßen Einrichtungen verfügt über einen zweckgebundenen Aufenthaltsraum für die Bediensteten. Am besten sind die 13 großen sozialtherapeutischen Einrichtungen ausgestattet, was die räumliche Zweckbindung angeht. Neben den Räumen, die ausschließlich zu einem Zweck verwendet werden, ist darüber hinaus interessant, welche Räume sonst noch in der Gesamtanstalt vorhanden und in gemeinsamer Nutzung sind. Schon auf den ersten Blick erkennt man (Tabelle C.2), dass die gemeinsame Nutzung von Räumen mit der Stammanstalt relativ gebräuchlich ist. Favorisiert werden für eine gemeinsame Nutzung Sportstätten, Besuchsräume und Andachtsräume.

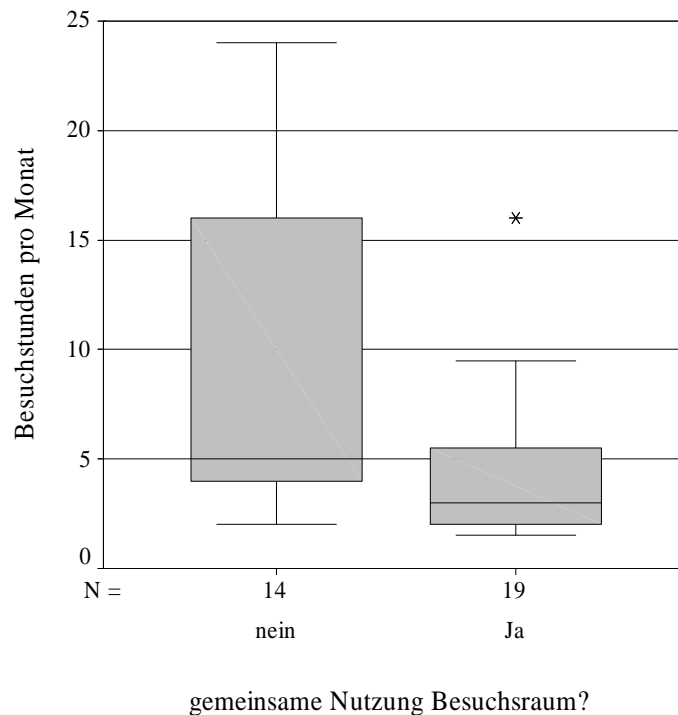


Tabelle C.2: Übersicht über die gemeinsam mit der Stammanstalt genutzten Räume

<b>Nennungen gemeinsam genutzten Räume</b>	<b>n</b>
Andachtsraum	19
Arbeitsstätten	16
Besuchsräume	21
Bibliotheksräume	3
Konferenzräume	8
Räume für medizinischen Dienst	3
Mehrzweckhalle	2
Schulungsräume	13
Speisesaal	15
davon explizit für <i>Bedienstete</i>	8
<i>Gefangene</i>	2
Sportplätze,-hallen & Fitnessräume	30

Die gemeinsame Verwendung dieser Räumlichkeiten ist sehr kostenökonomisch, jedoch können gerade an diesen Stellen Konfliktpotentiale zwischen den Insassen der Stammanstalt und der sozialtherapeutischen Abteilung entstehen bzw. sich sogar entladen (vgl. *Mushoff* 2006 und Kapitel C.2.1). Während sich die Nutzung eines Andachtsraumes sehr gut zeitlich koordinieren lässt, wird das bei der (getrennten) Nutzung der gleichen Besuchsräume oder Sportstätten deutlich schwieriger. Hier besteht die bereits oben erwähnte Gefahr, dass sich die kleinere sozialtherapeutische Abteilung der größeren Stammanstalt anpassen hat. Darunter können z. B. die in der Sozialtherapie großzügig gestalteten Besuchsregelungen leiden, wenn die Besuchsräume aufgrund der gemeinsamen Verwendung häufig nicht zur Verfügung stehen. Vergleicht man die sozialtherapeutischen Einrichtungen, die Besuchsräume gemeinsam mit der Stammanstalt nutzen, mit denen, die eigene Besuchsräume haben, zeigt sich, dass die monatliche Besuchsdauer bei den raumabhängigen Abteilungen niedriger liegt als bei den besuchsraumautarken Einrichtungen (s. Abbildung C.7).

Abbildung C.7: *Box-Plot<sup>60</sup> der monatlich möglichen Besuchsdauer in Abhängigkeit von der gemeinsamen Besuchsraumnutzung<sup>20</sup>*



Damit bestätigt sich die Befürchtung, dass es durch die räumliche Abhängigkeit zu Einbußen kommen kann.

### C.2.5 Fortbildungsmaßnahmen

Einen weiteren wichtigen Faktor bei den Rahmenbedingungen der Sozialtherapie stellt neben den räumlichen Ressourcen der sozialtherapeutischen Einrichtungen auch die interne berufliche Förderung der Mitarbeiter dar. Daher wurde erfragt, welche hausinternen Fortbildungsmaßnahmen in den letzten zwölf Monaten stattgefunden haben und für welchen Teilnehmerkreis diese angeboten wurden. Prinzipiell lassen sich die Fortbildungsthemen grob in zwei Gruppen einteilen: die organisatorischen und die psychologisch-therapeutischen Themen. Die organisatorischen Fortbildungsthemen umfassen einerseits Alltagssituationen und -probleme bestimmter Berufsgruppen (z. B. Umgang

<sup>20</sup> Die Fallzahl beläuft sich nur auf 33 sozialtherapeutische Einrichtungen, da von 6 Einrichtungen keine Angaben zu planmäßigen monatlichen Besuchsstunden gemacht werden konnten. Ferner gibt es bei den sozialtherapeutischen Einrichtungen, die eigene Besuchsräume benutzen einen Ausreißerwert, der nicht in der Abbildung erscheint: In der sozialtherapeutischen Anstalt Gelsenkirchen kann an 5 Besuchstagen in jeder Woche jeweils ein Besuch von 2 Stunden empfangen werden. Damit beläuft sich die monatlich mögliche Besuchszeit auf theoretisch knapp 44 Stunden.

mit bestimmten ethnischen Gruppen) und andererseits globalere Themen zur Gesamtorganisation der sozialtherapeutischen Einrichtung (z. B. interdisziplinäre Zusammenarbeit). Psychologische und therapeutische Fortbildungen reichen inhaltlich von der Vermittlung psychologischen Basiswissens über bestimmte Behandlungsmethoden und -programme bis zu Detailfragen über spezielle Störungsbilder. Sie lassen sich in drei Subgruppen unterteilen: allgemeine Psychologie<sup>21</sup>, Diagnostik/Prognose und Therapie.

Insgesamt haben zwischen April 2005 und März 2006 30 von 39 sozialtherapeutischen Einrichtungen Fortbildungen für ihre Mitarbeiter angeboten. Die neun sozialtherapeutischen Einrichtungen in Bayern (2mal), Berlin (1mal), Niedersachsen (3mal) und Nordrhein-Westfalen (3mal), die keine Fortbildungen durchgeführt haben, zeichnen sich aus durch

- geringe Haftplatzkapazitäten (über die Hälfte verfügt über lediglich höchstens 24 Haftplätze),
- organisatorische Unselbständigkeit (es handelt sich ausschließlich um Abteilungen) und
- sehr hohe Sexualstraftäteranteile (7 von 9 sozialtherapeutischen Einrichtungen haben einen Anteil von über 75 % Sexualdelinquenten).

Dass zumeist in solchen sozialtherapeutischen Einrichtungen keine hausinternen Fortbildungen durchgeführt werden, hat zwei Gründe: zum einen verfügen kleine unselbständige Abteilungen nicht über die notwendigen Haushaltsmittel und zum anderen würde sich eine eigene hausinterne Fortbildungsorganisation aufgrund der geringeren Mitarbeiterzahlen quantitativ im Vergleich zur Möglichkeit der Wahrnehmung externer Fortbildungsmaßnahmen nicht rechnen. Der sehr hohe Sexualstraftäteranteil ist durch den hohen Anteil an kleinen sozialtherapeutischen Abteilungen bedingt, bei denen es häufig eine Klientelspezialisierung gibt (s. Kapitel C.2.1). Anhand der erhobenen Daten kann jedoch nicht beantwortet werden, welche (zusätzlichen) externen Fortbildungsmaßnahmen von wie vielen sozialtherapeutischen Mitarbeitern in diesem Zeitraum wahrgenommen werden konnten. Dies ist abhängig von der Finanzierungsbeurteilung der jeweils zuständigen Landesbehörden oder von dem Interesse und dem Willen der eigenen Finanzierung einer Teilnahme.

In den 30 sozialtherapeutischen Einrichtungen, in denen hausinterne Fortbildungen zwischen dem 01.04.2005 und 31.03.2006 stattfanden, wurden insgesamt 88 Fortbildungen (m=3,0; Minimum: 1, Maximum: 7) veranstaltet. Thematisch handelt es sich in der Mehrzahl um Fortbildungen zur allgemeinen Psychologie, wie z. B. Gruppendynamik, Kommunikation und abweichendes Sexualverhalten (Tab. C.3).

---

<sup>21</sup> Mit allgemeiner Psychologie sind alle psychologischen Fortbildungsthemen gemeint, die sich nicht auf Diagnose, Prognose oder spezielle Behandlungsmethoden bzw. -programme beziehen.

Tabelle C. 3 Fortbildungsthemen und -teilnehmer

Teilnehmergruppen <sup>22</sup>	Fortbildungsthema					Σ
	Organisation	Allg. Psychologie	Diagnose/Prognose	Therapie	Sonstiges <sup>23</sup>	
Allgemeiner Vollzugsdienst	2	8	0	3	4	17
Allgemeiner Vollzugsdienst + Fachdienst(e)	8	9	2	6	0	25
Fachdienste	1	0	2	1	0	4
Psychologen	0	4	3	1	1	9
„Behandlungsteam“	2	1	3	3	1	10
„alle Mitarbeiter“	7	7	0	4	1	19
andere	1	0	0	0	3	4
Σ	21	29	10	18	10	88

Bei den Teilnehmergruppen fällt besonders auf, dass an knapp der Hälfte (42 von 88 Fortbildungen) aller durchgeführten Fortbildungen der Allgemeine Vollzugsdienst teilgenommen hat. Bei den 17 Fortbildungen, die ausschließlich für den Allgemeinen Vollzugsdienst hausintern durchgeführt wurden, dominieren deutlich die psychologisch-therapeutischen Themen. Ebenfalls hatten zwei Drittel (68,0 %) der hausinternen Fortbildungen, die für den Allgemeinen Vollzugsdienst zusammen mit dem Fachdienst veranstaltet wurden, psychologisch-therapeutische Inhalte zum Gegenstand. Die gezielte Schulung des Allgemeinen Vollzugsdienstes im Bereich der Therapie betont die wichtige Rolle, die der Allgemeine Vollzugsdienst im Vollzugsalltag für den Insassen spielt<sup>24</sup>. Die Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes verbringen die meiste Zeit mit den Gefangenen. Sie werden u. a. teilweise für Verhaltensbeobachtungen zur Beurteilung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Gruppenfähigkeit) oder des Therapieverlaufes eingesetzt. Weiterhin können sie durch den ständigen Umgang mit den Gefangenen nach entsprechender Schulung zusätzlich positiv auf diese einwirken oder auch bestimmte Behandlungsmodule übernehmen und leiten, was zu einer Entlastung und Ergänzung der Tätigkeit der übrigen therapeutisch ausgebildeten Mitarbeiter führt.

9 von 18 Fortbildungen zur Therapie fanden unter Teilnahme des Allgemeinen Vollzugsdienstes statt. Die Summe der auf behandlerische Themen ausgerichteten Veranstaltungen erscheint mit einem Fünftel anteilig an der Gesamtzahl aller Fortbildungen

<sup>22</sup> Die Nennungen „Behandlungsteam“ und „alle Mitarbeiter“ erlauben keine Rückschlüsse auf die jeweils beteiligten Mitarbeitergruppen. Je nach sozialtherapeutischer Einrichtung können unter der Bezeichnung „Behandlungsteam“ z. B. entweder nur Psychologen und Pädagogen oder alle Fachdienste zusammen mit speziellen Mitarbeitern des Allgemeinen Vollzugsdienstes subsumiert sein.

<sup>23</sup> Z. B. „Schuldenregulation“ oder „Fahren mit Sondererlaubnis“

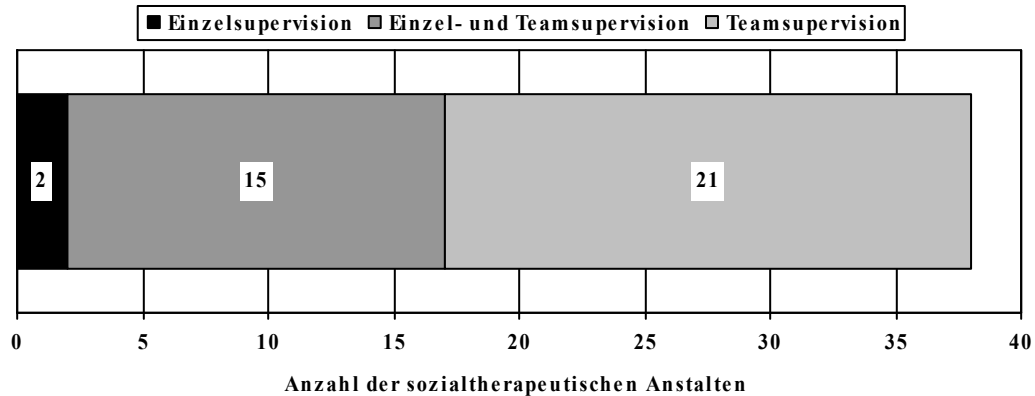
<sup>24</sup> Beispielsweise werden Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes im Rahmen des BPS als Co-Trainer in ca. 88 Unterrichtseinheiten geschult (Wischka 2004a, S. 302 f.).

eher gering, da man zur Förderung der Programm- und Behandlungsintegrität einen höheren Anteil entsprechender Fortbildungsthemen erwarten würde. Einschränkend ist jedoch wie oben erwähnt zu beachten, dass externe Schulungen und Veranstaltungen, die diese Funktion ebenfalls erfüllen, nicht erfasst werden konnten.

Noch wichtiger für die Gewährleistung der Programmintegrität als entsprechende Fortbildungen sind Supervisionen. Sie sind ein sehr bedeutungsvolles Standbein der Qualitätssicherung in der Sozialtherapie (*Händel* 2005, S. 92). In diesem Zusammenhang ist neben der Art der Supervision auch die Personengruppe, die regelmäßig supervidiert wird, von Belang. Supervision kann in Einzelsitzungen oder in Gruppensitzungen stattfinden. In Einzelsitzungen kann das (therapeutische) Vorgehen der betreffenden Person detailliert extrahiert und bearbeitet werden, während in Teamsupervisionen jeder Teilnehmer sein Wissen und seine Erfahrung mit einbringen kann, um zur Lösung der Kollektivaufgabe „erfolgreiche sozialtherapeutische Behandlung“ beizutragen. In Abhängigkeit von der jeweiligen therapeutischen Ausrichtung und den verwendeten Behandlungsprogrammen in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen wird die Supervision auf unterschiedliche Arten stattfinden. Bis auf eine sozialtherapeutische Abteilung findet in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen Supervision statt. In den meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen (21mal) finden regelmäßig nur Teamsupervisionen statt (s. Abb. C.8). Diese Vorgehensweise spart Zeit und Kosten und ermöglicht einen interdisziplinären Austausch (*Pühl* 2000, S. 129 f.), da lediglich in vier Einrichtungen nur Therapeuten supervidiert werden und ansonsten zusätzlich das gesamte Behandlungsteam und/oder separat der Allgemeine Vollzugsdienst.

In 15 weiteren sozialtherapeutischen Einrichtungen finden sowohl Team- als auch Einzelsupervisionen statt. Eine separate Supervision für den Allgemeinen Vollzugsdienst gibt es in 14 sozialtherapeutischen Einrichtungen, davon 8mal in Teamsitzungen und 6mal in Einzel- und Teamsitzungen. Dies erscheint aber angesichts des täglichen Kontaktes des Beamten des Allgemeinen Vollzugsdienstes mit den Insassen und angesichts ihres eigenen Wunsches nach Supervision (*Bögemann* 2003) deutlich zu selten.

Abbildung C.8: Setting der Supervision in den sozialtherapeutischen Einrichtungen

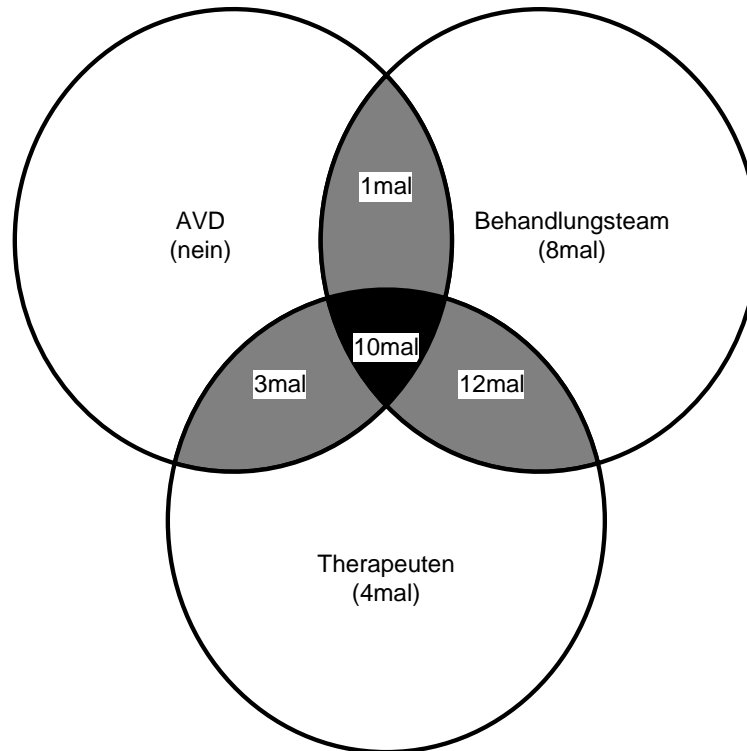


Zwei sozialtherapeutische Einrichtungen führen generell nur vollzugsexterne Einzelsupervisionen mit ihren Therapeuten durch. Vollzugsexterne Supervisoren zeichnen sich im Vergleich zu hausinternen und vollzugsinternen durch die höchste Objektivität aus, da sie unabhängig vom Vollzug und seinen Personalstrukturen sind, aber sie sind auch am kostenintensivsten. Dennoch wird diese Art der Supervision von den meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen bevorzugt<sup>25</sup>. 21 Einrichtungen lassen ausschließlich vollzugsextern supervidieren und weitere 13 präferieren externe Supervisoren neben vollzugs- oder<sup>26</sup> hausinterner Supervisionsdurchführung. In knapp 30 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen wird die Supervision hausintern umgesetzt. Ein hausinterner Supervisor kennt zwar die Einrichtung sehr gut, aber er ist selbst Teil des Systems, was es vor allem für den niedriger gestellten Allgemeinen Vollzugsdienst problematisch macht, sehr persönliche Informationen weiterzugeben, wenn die Supervision durch einen (fachlichen) Vorgesetzten durchgeführt wird (Pühl 2000, S. 131).

<sup>25</sup> Bei den 34 sozialtherapeutischen Einrichtungen, die vollzugsexterne Supervisionen finanzieren, handelt es sich um alle selbständigen Anstalten, aber nur um 29 von 34 unselbständigen Abteilungen.

<sup>26</sup> Von den 13 sozialtherapeutischen Einrichtungen bedient sich eine sozialtherapeutische Abteilung hausinterner, vollzugsinterner und vollzugsexterner Supervisoren.

Abbildung C.9: Regelmäßige Supervisionen



Deutlich mehr als die Hälfte der sozialtherapeutischen Einrichtungen (24 von 39) haben eine für alle Bediensteten zugängliche Bibliothek mit Fachliteratur. Damit wird den sozialtherapeutischen Mitarbeitern ermöglicht, sich fachlich selbst weiterzubilden bzw. zu informieren. Aber auch hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen selbständigen Anstalten und Abteilungen: Während alle Anstalten über eine solche Bibliothek verfügen, sind es von den Abteilungen lediglich 56 % (19mal). Zu dem Umfang, der Qualität und Aktualität der Bibliotheken lässt sich anhand der Daten jedoch nichts aussagen.

### C.2.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Ein Qualitätsmerkmal Integrativer Sozialtherapie besteht in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Diese beginnt bereits mit der Teilnahme an Konferenzen. Bei Konferenzen z. B. über die Aufnahme von Gefangenen und der Behandlungsplanung sollten unabhängig von der Weisungsbefugnis möglichst viele Vertreter aller Mitarbeitergruppen anwesend sein, um eine vielfältige Informationsbasis zu schaffen und dem interdisziplinären Grundgedanken der Integrativen Sozialtherapie zu entsprechen. Üblicherweise untergliedern sich die Konferenzen thematisch in Konferenzen zur Frage der Aufnahme von Gefangenen, der Vollzugsplanung, der Lockerung, der Krisenintervention, der Rückverlegung und Prognose. Alle genannten Konferenzen fin-

den in der Regel nach Bedarf oder mehrmals im Monat statt. Teilweise werden in den sozialtherapeutischen Einrichtungen die Aufnahme von Gefangenen und die Behandlungsplanung innerhalb einer Konferenz besprochen und nicht in separaten Sitzungen. Weiterhin gibt es in einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen zusätzlich Abteilungskonferenzen, Verwaltungs- und Organisationskonferenzen und Fachdienstkonferenzen.

Sechs sozialtherapeutische Einrichtungen haben andere Gliederungen in ihrem Konferenzsystem. Sie reichen von einer wöchentlichen Stationskonferenz, in der alle Themen besprochen werden, über ein „Zweier-Konferenzsystem“ (in einigen sozialtherapeutischen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen) ebenfalls mit Teilnahme aller anwesenden Mitarbeiter bis zu einer vierteiligen Untergliederung in Dienstübergaben, Verwaltungskonferenzen, Arbeitskonferenzen und Therapiekonferenzen (speziell in Rheinland-Pfalz). Üblicherweise finden in den meisten<sup>27</sup> sozialtherapeutischen Einrichtungen tägliche Übergabebesprechungen statt.

Die Konferenzen sind sehr interdisziplinär angelegt, da fast immer die Vollzugsabteilungsleitung, die Fachdienste und der Allgemeine Vollzugsdienst teilnehmen. Der Allgemeine Vollzugsdienst wird am häufigsten in die Konferenz zur Frage der Lockerung von Gefangenen einbezogen (in 31 von 33 sozialtherapeutischen Einrichtungen, die das o. g. Konferenzsystem anwenden). Etwas seltener werden sie an Konferenzen über die Aufnahme von Gefangenen (in 6 sozialtherapeutischen Einrichtungen keine Teilnahme) und bei Krisensituationen (in 5 Einrichtungen keine Teilnahme) beteiligt. Anhand dieser Teilnehmerangaben zeigt sich, dass es eine sehr starke disziplinäre Ausrichtung in den verschiedenen sozialtherapeutischen Einrichtungen gibt, die bereits bei der Konferenzteilnahme beginnt. Uneinheitlicher gestaltet sich hingegen das Konferenzsystem, das teilweise Länderspezifika aufweist.

### C.2.7 Auswahl der Insassen

Unterschiede zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen und den Bundesländern werden auch bezüglich der Aufnahme und Auswahl von Gefangenen deutlich. Die Prüfung über das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Aufnahme von Gefangenen gem. § 9 Abs. 1 StVollzG in die sozialtherapeutische Einrichtung wird in fünf Bundesländern durch eine zentrale Einweisungseinrichtung<sup>28</sup> geprüft (s. Tabelle C.4). Gegen die Zuweisung eines Gefangenen gem. § 9 Abs. 1 StVollzG haben die betreffenden sozialtherapeutischen Einrichtungen keine Möglichkeit ein Veto einzulegen. In den übrigen sozialtherapeutischen Einrichtungen wird die Prüfung der Aufnahmevoraussetzungen durch die sozialtherapeutische Einrichtung selbst durchgeführt. Lediglich bei drei Einrichtungen nimmt die Prüfung die Stammanstalt / die Regelanstalt vor.

---

<sup>27</sup> Da diese Frage im Fragebogen nicht explizit gestellt wurde, bezieht sich diese Aussage auf die freiwilligen Zusatzanmerkungen vieler sozialtherapeutischer Einrichtungen.

<sup>28</sup> Zu Vervollständigung der Aufnahme- und Diagnoseverfahren wurde eine ergänzende Befragung der zentralen Einweisungseinrichtungen vorgenommen (s. Anhang G.2.3). Die Angaben dieser Einrichtungen werden jeweils ergänzend in den entsprechenden Unterbereichen mit einbezogen.



Tabelle C.4: Zentrale Einweisungseinrichtungen

Bundesland	Art der Einrichtung	zugehörig zur
Berlin	Einweisungsabteilung	JVA Tegel
Hessen	Einweisungsabteilung	JVA Weiterstadt <sup>29</sup>
Mecklenburg-Vorpommern	Diagnostikzentrum	JVA Bützow
Niedersachsen	Einweisungsabteilung	JVA Hannover <sup>30</sup>
Nordrhein-Westfalen	Einweisungsanstalt	JVA Hagen

Vorgaben über den Anteil von Haftplätzen für Gefangene nach § 9 Abs. 1 StVollzG und für Gefangene nach § 9 Abs. 2 StVollzG haben ein Viertel der sozialtherapeutischen Einrichtungen. Aus Tabelle C.5 wird ersichtlich, dass die Vorgaben über die Anteile der Gefangenen nach § 9 Abs. 1 und Abs. 2 StVollzG sehr uneinheitlich sind. Durchschnittlich sind knapp 70 % der Haftplätze für Gefangene gem. § 9 Abs. 1 StVollzG und knapp 30 % der Haftplätze für Gefangene gem. § 9 Abs. 2 StVollzG vorgegeben.

Tabelle C.5: Vorgaben über den Anteil der Gefangenen nach § 9 StVollzG

Anteil der Haftplätze in Prozent für Gefangene		Anzahl der Nennungen
gem. § 9 Abs. 1 StVollzG	gem. § 9 Abs. 2 StVollzG	
16 %	84 %	1
35 %	65 %	1
60 %	40 %	1
70 %	30 %	1
75 %	25 %	2
77 %	23 %	1
80 %	20 %	1
100 %	0 %	2

Haftplatzvorgaben bestehen nur in einer selbständigen Anstalt, aber in einem Viertel der unselbständigen Abteilungen (9mal). Von den vier Abteilungen für junge Gefangene haben zwei verbindliche Vorgaben zur Verteilung der Haftplätze analog zu § 9 Abs. 1 und 2 StVollzG. Hier ist das Verhältnis aber gegenläufig zu dem Gesamttrend, da für junge Gefangene analog zu § 9 Abs. 1 StVollzG lediglich ein Drittel der Haftplätze vor-

<sup>29</sup> In der Einweisungsabteilung der JVA Weiterstadt wird lediglich das Vorliegen der formalen Voraussetzungen nach § 9 StVollzG überprüft. Angaben aus der JVA Weiterstadt finden sich daher nur im Themenbereich Aufnahmekriterien sowie Definition von Behandlungsbedürftigkeit, -willigkeit und -fähigkeit.

<sup>30</sup> Die Einweisungsabteilung Hannover wurde durch ein Prognosezentrum bei der JVA Hannover zum 01.02.2008 ersetzt. In diesem erfolgt u. a. die Indikationsstellung für die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung (s. unter: [http://www.justizvollzugsanstalt-hannover.niedersachsen.de/master/C7544181\\_N7465885\\_L20\\_D0\\_I5938614.html#Prognosezentrum](http://www.justizvollzugsanstalt-hannover.niedersachsen.de/master/C7544181_N7465885_L20_D0_I5938614.html#Prognosezentrum)). Die vorliegenden Daten stammen jedoch noch von der Einweisungsabteilung.

gesehen ist.

Neben der Feststellung, wer die Aufnahmevoraussetzungen prüft und ob es Haftplatzvorgaben gibt, sind vor allem die Aufnahme- und Ausschlusskriterien für Gefangene gem. § 9 Abs. 1 StVollzG von Interesse, da sie den Gefangenenzufluss in die sozialtherapeutischen Einrichtungen maßgeblich beeinflussen.

Die in den Fragebögen am häufigsten genannten Ausschlusskriterien umfassen die gleichen Bedingungen wie in der oben aufgeführten Befragung zu den Verwaltungsvorschriften zu § 9 StVollzG. Es ergibt sich in den sozialtherapeutischen Einrichtungen aber eine andere Rangreihenfolge. Als häufigster Ausschlussgrund wird eine psychiatrische bzw. eine neurologische Erkrankung (69,7 %) genannt. Mangelnde (deutsche) Sprachkenntnisse (57,6 %) stehen an zweiter Stelle, gefolgt von einer akuten Suchterkrankung (45,5 %), einem zu geringen Intelligenzquotienten (42,4 %) und schließlich einer drohenden Abschiebungs- oder Untersuchungshaft (36,4 %).

Die Aufnahmekriterien sind sehr eng mit den Indikationskriterien verzahnt und werden daher im folgenden Kapitel beim Thema Behandlungsfähigkeit besprochen.

In rund 70 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen gibt es eine spezielle Phase der Diagnostik, die der endgültigen Aufnahme vorgeschaltet ist und in deren Verlauf eine Ablehnung des Gefangenen nicht als Behandlungsabbruch gilt. Dies hat den Vorteil, dass bei einer Nicht-Eignungsfeststellung in dieser Phase der Gefangene zurückverlegt werden kann, ohne dass dies als Behandlungsabbruch in seiner Gefangenenpersonalakte vermerkt wird. Solch ein Vermerk könnte sich bei der Frage nach späteren Vollzugslockerungen oder Strafrestaussetzungen negativ auswirken (vgl. *Alex* 2006).

Der Anteil der in dieser Phase zurückverlegten Gefangenen schwankt zwischen 0 % (bisher gab es in der entsprechenden Anstalt aufgrund ihres kurzen Bestehens keinen solchen Fall) und 30 % und stellt sich sehr heterogen dar. Über eine spezielle Aufnahmestation verfügen acht sozialtherapeutische Einrichtungen.

### **C.2.8 Diagnostik<sup>31</sup>**

Die Frage nach der Indikation einer sozialtherapeutischen Behandlung ist die bedeutendste überhaupt. Je nachdem, welche Faktoren für eine Sozialtherapie-Indikation festgelegt werden, ergeben sich unterschiedliche Probandenstrukturen in den Einrichtungen, die unterschiedlich gut auf die jeweilige Behandlungsmaßnahmen ansprechen. Ziel der Indikation soll es sein, dass für die in den sozialtherapeutischen Einrichtungen aufgenommenen Gefangenen der bestmögliche Behandlungserfolg erreicht werden kann. Der Gesetzgeber nennt weder bei den Bestimmungen zur Behandlungsuntersuchung (§ 6 Abs. 2 StVollzG) noch bei der Vollzugsplanung gem. § 7 Abs. 4 StVollzG Anhaltspunkte darüber, auf welche Weise die Behandlungsindikation gestellt werden soll.

---

<sup>31</sup> Teile des Kapitels wurden bereits veröffentlicht (s. *Dessecker & Spöhr* 2007).

Zur Erhebung der Indikationsstellung in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen wurde daher nach verbindlichen Definitionen der Begriffe Behandlungsbedürftigkeit, -willigkeit und -fähigkeit gefragt. Im Mittelpunkt stand also die Frage, ob es einheitliche Auslegungen dieser Begrifflichkeiten gibt, um sehr heterogene und subjektive Interpretationen – auch innerhalb einzelner sozialtherapeutischer Einrichtungen – zu vermeiden. Die Definition dieser Begriffe bildet die Grundlage für die weitere Diagnostik und beeinflusst die Entscheidung über die Aufnahme eines Gefangenen.

Eine verbindliche Definition dieser Begriffe liegt bei 46,2 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen vor. Keine verbindliche Definition gibt es in Hamburg, Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Ansonsten liegt jedoch nicht einheitlich eine verbindliche Definition aller sozialtherapeutischen Einrichtungen je Bundesland vor<sup>32</sup>.

Die Behandlungsbedürftigkeit eines Straftäters ergibt sich nicht aus dem Vorliegen eines bestimmten Deliktes, auch wenn speziell bei Sexualstraftätern ein erhöhter Behandlungsbedarf gesehen wird (*Dahle* 1997, S. 148; *Schaser & Stierle* 2005, S. 8). Von den 18 sozialtherapeutischen Einrichtungen mit verbindlichen Definitionen geben 12 Einrichtungen an, dass eine Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, wenn eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit besteht. Zusätzlich nennen 9 sozialtherapeutische Einrichtungen das Vorliegen einer Verhaltensstörung bzw. Störung der sozialen und persönlichen Entwicklung als Kriterien für eine Behandlungsbedürftigkeit. Die beiden Kriterien entsprechen teilweise der Empfehlung des *Arbeitskreises Sozialtherapeutischer Anstalten im Justizvollzug* (s. Kapitel B.2.1).

Die Behandlungswilligkeit wird sehr gegensätzlich definiert. Während in 8 sozialtherapeutischen Einrichtungen eine zumindest geringe Motivation vorausgesetzt wird, erachten demgegenüber 6 diese nicht für notwendig. 3 sozialtherapeutische Einrichtungen setzen eine Einräumung zentraler Urteilsfeststellungen durch den Gefangenen voraus, d. h. er darf seine Tat nicht komplett leugnen. Ebenso häufig wird ein eigener Antrag des Gefangenen vorausgesetzt. Das Vorliegen einer Behandlungswilligkeit spielt aber eher eine geringe Rolle, da sie gem. § 9 Abs.1 StVollzG für die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung nicht relevant ist. Auch in der Literatur ist die Notwendigkeit einer Behandlungsmotivation zum Verlegungszeitpunkt umstritten. *Dahle* definiert die Therapiemotivation als Wunsch des Klienten sich zu verändern und seine Bereitschaft sich deswegen auf eine Psychotherapie einzulassen (*Dahle* 1997, S. 149 f.). Ohne eine Therapiemotivation ist die Durchführung einer Therapie weder ethisch vertretbar, noch sei sie umsetzbar (*Dahle* 1997, S. 159).<sup>33</sup> Vor allem vor dem Hintergrund knapper Haftplatzkapazitäten in der Sozialtherapie erscheint es umso sinnvoller, dass bereits anfänglich eine Motivation vorliegt (*Brand* 2005, S. 58). Andererseits kann gerade bei den Gefangenen, die keinerlei Therapiewilligkeit aufweisen, eine sozialtherapeutische Behandlung angezeigt sein. Bei der Behandlungsmotivation handelt es sich jedoch nicht um eine statische Variable. Sie ist als dynamische und damit veränderbare Variable zu sehen, die zu Beginn der sozialtherapeutischen

<sup>32</sup> In Bayern geben z. B. fünf sozialtherapeutische Einrichtungen an, über eine verbindliche Definition zu verfügen, zwei weitere verneinen dies.

<sup>33</sup> Vergleiche hierzu auch Kapitel D.1.

Behandlung in ausreichendem Maße hergestellt werden kann und muss (*Dahle* 1997, S. 150; *Goderbauer* 2001, S. 115). Damit wäre sie keine Bedingung für die Aufnahme in eine sozialtherapeutische Behandlung. Dies gilt umso mehr vor den Erkenntnissen, dass die Motivationslage der Probanden zu Behandlungsbeginn meist ambivalent ist (*Ziethen* 2002, S. 25) und dass meist nur ein kleiner Teil der Sexualstraftäter bei der Behandlung eine therapiespezifische Motivation aufweist (*Brand* 2005, S. 57).

Ebenso wie die Frage nach der Therapiemotivation umstritten ist, gibt es bei der Definition der Therapiefähigkeit zwei mögliche unterschiedliche Sichtweisen: Man kann sie als Eigenschaft des Klienten auffassen oder aber auch als Eigenschaft der Institution. Sieht man sie als Eigenschaft der Institution, muss die Frage gestellt werden, ob die sozialtherapeutische Einrichtung über die geeigneten therapeutischen und personellen Angebote verfügt, um den speziellen Bedürfnissen und Problemen des Gefangenen zu entsprechen (*Dahle* 1997, S. 148 f.; *Drenkhahn* 2007, S. 127; *Ziethen* 2002, S. 25). Als Klienteneigenschaft ist die Indikationsrichtung genau umgekehrt, d. h. es wird für ein bestehendes sozialtherapeutisches Angebot der „passende“ Klient gesucht (*Dahle* 1997, S. 146). Die Behandlungsfähigkeit wird in 17 der betreffenden 18 sozialtherapeutischen Einrichtungen durchweg als Eigenschaft des Gefangenen angesehen. Sie richtet sich also nicht nach den therapeutischen Möglichkeiten der Einrichtungen. Am häufigsten wird als Kriterium für eine Behandlungsfähigkeit eine ausreichende Intelligenz (14mal) genannt. Darin besteht in den Einrichtungen eine weitgehende Einigkeit. Uneinigkeit ergibt sich jedoch bei der Höhe des vorausgesetzten IQs. Diese schwankt, falls überhaupt definiert, zwischen 70 und 85. Die zweithäufigst genannte Voraussetzung ist eine ausreichende sprachliche Fähigkeit (10mal), d. h. es werden entsprechende Deutschkenntnisse<sup>34</sup> erwartet. Ein weiteres genanntes Kriterium ist, dass keine psychiatrischen Auffälligkeiten bzw. neurologischen Erkrankungen (7mal) vorliegen sollen. Daneben werden Introspektions- und Reflexionsfähigkeit (6mal) vorausgesetzt. Von vier sozialtherapeutischen Einrichtungen wurde als Voraussetzung zusätzlich (Wohn-)Gruppenfähigkeit genannt und zwei setzen eine Altershöchstgrenze. Die zuletzt angesprochenen Aspekte stellen jedoch nach *Rehn* keine geeigneten Kriterien dar (*Rehn* 2006, Rn. 12 zu § 9 StVollzG). In den zentralen Einweisungsabteilungen werden dieselben Kriterien für das Vorliegen einer Behandlungsfähigkeit genannt. Gerade zentrale Einweisungseinrichtungen haben aber die Möglichkeit je nach Behandlungsbedarf des Gefangenen eine geeignete sozialtherapeutische Einrichtung in dem jeweiligen Bundesland zu finden. So gibt es in der Einweisungsanstalt der JVA Hagen eine Liste mit den Behandlungsschwerpunkten der einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen, die eine gezieltere Zuweisung und Behandlung ermöglichen, sofern es die Kapazitäten zulassen.

Entgegen der in der Literatur als Eigenschaft der Institution aufgefassten Behandlungsfähigkeit wird diese in der Praxis fast ausnahmslos als Klienteneigenschaft erachtet und definiert.

---

<sup>34</sup> Das erklärt teilweise, warum der Anteil deutscher Strafgefangener in den sozialtherapeutischen Einrichtungen mit 94,9 % (*Spöhr* 2007, S. 7 f.) überproportional hoch ist.

Tabelle C.6: Indikationskriterien für eine sozialtherapeutische Behandlung<sup>35</sup>

Keine andere (Behandlungs-)Maßnahme ausreichend erfolversprechend
kein Ausweisungs-, Auslieferungs-, Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig
mindestens 2 Jahre bis zur voraussichtlichen Entlassung
ausreichende Deutschkenntnisse
ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit/Intelligenz
keine neurologischen Beeinträchtigungen
keine Psychosen
keine akute Suizidalität
keine akute Suchterkrankung
minimale Therapiemotivation
mindestens Eingeständnis von Teilen der im Urteil genannten Tatbestände
ausreichende Introspektionsfähigkeit
ausreichende Beziehungs- und (Wohn-)Gruppenfähigkeit
keine stark ausgeprägte Psychopathie <sup>36</sup>

Eine besonders gute Behandlungsfähigkeit liegt bei den Probanden vor, die neben den genannten Indikationskriterien (Tabelle C.6) auch folgende Merkmale aufweisen (Wößner 2002, S. 80):

- keine fixierte Perversion, keine lange kriminelle Vorgeschichte
- hoher Leidensdruck
- keine Deliktverleugnung
- Therapiebereitschaft und -motivation
- Gewisses Maß an Beziehungs-, Bindungs- und Empathiefähigkeit
- Kein zu hohes Aggressions- und Gewaltpotential
- Normales psychosoziales Funktionsniveau und normale Ich-Stärke

Für die Erhebung der Behandlungsbedürftigkeit, -willigkeit und -fähigkeit gibt es nur wenige psychologische Testverfahren, so dass hier meist auf Beobachtungen und Gespräche zurückgegriffen werden muss. Je nachdem, welche diagnostischen Mittel und

<sup>35</sup> Diese Übersicht ist keinesfalls als vollständig anzusehen. Sie basiert auf den Angaben der sozialtherapeutischen Einrichtungen zu den Aufnahmevoraussetzungen und auf Literatursauswertungen (Burger, Rathert & Hülsemann 2006; Händel & Judith 2001; Nuhn-Naber & Rehder 2005; Specht 2001; Wischka 2000; Wößner 2002).

<sup>36</sup> Sexualstraftäter mit einem hohen Wert in der Psychopathie-Checkliste von Hare (PCL-R) (Hare 1991) weisen eine eingeschränkte Behandlungsfähigkeit auf. Bei solchen „Hochscorern“ kann eine sozialtherapeutische Behandlung sogar kontraindiziert sein, da sie unter Umständen zu einer Erhöhung der Rückfallgefahr führt (z. B. Goderbauer 2001, S. 112; Nuhn-Naber & Rehder 2005, S. 268).

Informationsquellen zur Erhebung dieser Aspekte die jeweilige sozialtherapeutische Einrichtung einsetzt, variiert der Standardisierungsgrad.

Die Behandlungsbedürftigkeit wird der vorher genannten Definition angemessen mittels Prognoseinstrumenten (21mal) und explorativen Gesprächen mit dem Gefangenen (19) erhoben<sup>37</sup>. Weiterhin finden Aktenanalysen (14mal), Gutachten (10mal) und Verhaltensbeobachtungen (9mal) Berücksichtigung bei der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit.

Die Behandlungswilligkeit wird in 21 Einrichtungen durch Exploration festgestellt. Deutlich seltener werden Verhaltensbeobachtungen zur Erhebung genannt. Ein Drittel der sozialtherapeutischen Einrichtungen (11mal) setzt psychologische Testverfahren oder Checklisten ein. Hinzu kommt in 11 Einrichtungen eine Verhaltensbeobachtung und in neun Einrichtung die Aktenanalyse. Inwiefern allerdings die Aktenanalyse Anhaltspunkte für die Feststellung der Behandlungswilligkeit eines Gefangenen liefert, kann anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht geklärt werden.

Die Behandlungsfähigkeit wird entsprechend der Definition als Klienteneigenschaft in der Mehrheit der sozialtherapeutischen Einrichtungen mittels Checklisten und psychologischen Testverfahren (22mal) sowie Explorationen (20mal) festgestellt. Seltener wird hingegen diesbezüglich eine Aktenanalyse (12mal) oder Verhaltensbeobachtung (10mal) vorgenommen. Gutachten spielen nur in 7 und Anamnesen in 5 sozialtherapeutischen Einrichtungen eine Rolle.

Die Indikation einer sozialtherapeutischen Behandlung ist aber nicht nur das Ergebnis einer Kriteriendefinition, sondern auch der entsprechenden Diagnostik. Sie bildet die Ausgangsbasis sowohl für die Behandlung als auch für spätere mögliche Vollzugslockerungen.

Von besonderer Relevanz ist, aufgrund welcher Datenquellen und mit welchen diagnostischen Mitteln die Erstdiagnose erstellt wird. Da bei den Sexualstraftätern eine enorme Heterogenität vorliegt, muss für eine erfolgreiche Behandlung die für jeden Klienten passende Interventionsform gefunden werden. Die gewählte Behandlungsform sollte dabei dem Risikoprinzip, dem Bedürfnisprinzip und dem Ansprechbarkeitsprinzip entsprechen (s. Kapitel B.2.1). Ausgangspunkt für eine diesen Prinzipien folgende Behandlung kann nur eine detaillierte und differenzierte Diagnostik sein. Die Behandlungsuntersuchung zur Diagnosestellung sollte sich aus einer eingehenden Anamnese, Verhaltensbeobachtungen, dem Einsatz standardisierter Untersuchungsmethoden (psychologische Testverfahren und Prognoseinstrumente bzw. -listen) und Explorationsgesprächen zusammensetzen (*Mey & Wischka* 2005, Rn. 7 zu § 6 StVollzG). Die Befunde der (Erst-)Diagnostikphase bilden die Basis für eine Klassifikation des Sexualstraftäters anhand von Klassifikationssystemen, wie z. B. die ICD-10 (*Dilling, Mombour & Schmidt* 2004) und das DSM-IV (*Saß, Wittchen & Zaudig* 2003). Bei der Klassifikation werden Individuen anhand bestimmter vorliegender Merkmale zu vorher definierten Klassen zugeordnet (*Stieglitz* 2000, S. 220).

---

<sup>37</sup> Zu den Erhebungsmethoden der Behandlungsbedürftigkeit, -willigkeit und -fähigkeit konnten 33 sozialtherapeutische Einrichtungen Angaben machen. Es handelt sich dabei um Mehrfachnennungen.

Insgesamt werden in den 39 befragten sozialtherapeutischen Einrichtungen 91 verschiedene psychologische Testverfahren verwandt. Durchschnittlich werden rund 10 Testverfahren eingesetzt. Die Spannweite beträgt hier jedoch 1 bis 37 Verfahren, was sich durch die in einigen Bundesländern gängige Praxis der Erstellung einer Erstdiagnose in zentralen Einweisungsanstalten erklärt, so dass nur die späteren Verlaufsdiagnosen durch die Einrichtungen selbst vorgenommen werden müssen. Differenziert man nach selbständigen Anstalten und Abteilungen, wird deutlich, dass vor allem in den sozialtherapeutischen Anstalten verstärkt psychologische Testverfahren eingesetzt werden. So werden in den selbständigen Anstalten im Mittel 15 Testverfahren (7 bis 37) und in den Abteilungen nur durchschnittlich 9 psychologische Testverfahren (1 bis 35) eingesetzt.

Die psychologischen Testverfahren lassen sich in 7 Kategorien nach ihren (Haupt-) Anwendungsbereichen einteilen (Tabelle C.7).

*Tabelle C.7: Übersicht über die Anzahl der in den sozialtherapeutischen Einrichtungen eingesetzten psychologischen Testverfahren geordnet nach Anwendungsbereichen*

Bereich	Anzahl der häufiger (in mehreren sozialth. Einrichtungen) eingesetzten Testverfahren	Anzahl der einmalig (in nur einer sozialth. Einrichtung) eingesetzten Testverfahren	Summe
Berufsbezogene Verfahren	0	5	5
Intelligenztests	8	9	17
Klinische Verfahren	19	9	28
Medizinpsychologische Verfahren	4	6	10
Neuropsychologische Verfahren	2	1	3
Persönlichkeitstests	10	11	21
Sonstige	0	7	7
<b>Gesamt</b>	<b>43</b>	<b>48</b>	<b>91</b>

Bei der Betrachtung der Anzahl der Testverfahren fällt ebenfalls auf, dass 43 psychologische Testverfahren in mehreren sozialtherapeutischen Einrichtungen eingesetzt werden, demgegenüber aber 48 Testverfahren nur in jeweils einer sozialtherapeutischen Einrichtung benutzt werden. Letzteres bezieht sich vor allem auf berufsbezogene Verfahren, Intelligenztests, medizinpsychologische Verfahren und sonstige Verfahren, wie z. B. das Berner Inventar für Therapieziele (BIT) (Grosse Holtforth 2001), das im Rahmen einer Verlaufsdiagnostik angewandt wird. Der hohe Anteil an nur einmalig eingesetzten Testverfahren könnte mehrere Gründe haben. Es könnte sich z. B. überwiegend um neuere psychologische Testverfahren handeln, die sich erst in der Praxis bewähren müssen. Auch wäre es denkbar, dass es sich um ältere Testverfahren handelt, die nicht durch neuere Verfahren ersetzt wurden oder die zu exotisch für eine allgemeine Verbreitung in den sozialtherapeutischen Einrichtungen sind.

Nach Analyse der Veröffentlichungsjahre der einzelnen Testverfahren zeigt sich, dass nur ein Test, das Trierer Integrierte Persönlichkeitsinventar (TIPI) (Becker 2002), neueren Datums ist. Die übrigen Verfahren wurden vor dem Jahr 2000 veröffentlicht und reichen zum Teil bis 1971 zurück. Bezieht man die verwendete Kombination der Testverfahren je sozialtherapeutischer Einrichtung mit ein, zeigt sich, dass die einmaligen Verfahren nur jeweils eines von mehreren, häufiger verwandten Verfahren darstellen. Man kann also davon ausgehen, dass diese psychologischen Testverfahren innerhalb größerer Testbatterien über die Zeit hinweg beibehalten wurden und in Einzelfällen zum Einsatz kommen.

Tabelle C.8: Übersicht über die am häufigsten eingesetzten psychologischen Testverfahren nach (Haupt-)Anwendungsbereich<sup>38</sup>

	Testabkürzung	Anstalt		Abteilung		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%
Intelligenztests n=32 Anstalten n=4 Abteilungen n=28	Raven	4	100,0	12	42,9	16	50,0
	MWT-B	2	50,0	12	42,9	14	43,8
	HAWIE	2	50,0	8	28,6	10	31,3
Klinische Verfahren n=34 Anstalten n=5 Abteilungen n=29	MSI	3	60,0	19	65,5	22	64,7
	GT	3	60,0	18	62,1	21	61,8
	MMPI-2	3	60,0	15	51,7	18	52,9
Persönlichkeitstests n=33 Anstalten n=5 Abteilungen n=28	FPI-R	4	80,0	19	67,9	23	69,7
	16 PF-R	3	60,0	17	60,7	20	60,6
	PFT	2	40,0	8	28,6	10	30,3

Bei den klinischen Verfahren werden vor allem das Multiphasic Sex Inventory (MSI) (Deegener 1996) (64,7 %), der Gießen-Test (GT) (Beckmann, Brähler & Richter 1991) (61,8 %) und der Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) (Hathaway, McKinley & Engel 2000) (52,9 %) eingesetzt. Die am häufigsten angewandten Persönlichkeitstests sind das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)

<sup>38</sup> Unter der Bedingung, dass psychologische Testverfahren aus den genannten Bereichen in der sozialtherapeutischen Anstalt bzw. Abteilung eingesetzt werden. Daher differieren die Fallzahlen zwischen den Bereichen.



(Fahrenberg, Hampel & Selg 2001) (69,7 %), der 16-Persönlichkeits-Faktoren-Test (16 PF-R) (60,6 %) und der Rosenzweig P-F Test (PFT) (30,3 %). Als Intelligenztests werden überwiegend die Advanced Progressive Matrices (APM) und die Standard Progressive Matrices (SPM) von Raven (Raven 1998) (50,0 %), der Mehrfach-Wortschatz-Intelligenztest MWT (Lehrl 2005) (43,8 %) und der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest HAWIE-R (Tewes 1994) (31,3 %) eingesetzt.

Die klinischen Verfahren und die Persönlichkeitstests dienen hier vor allem der Erfassung von spezifischen Störungsbildern, die im Sinne einer Sozialtherapie behandlungsbedürftig sind. Ferner können sie Hinweise für weitere psychiatrische und psychologische Untersuchungen liefern und durch erneuten Einsatz während des Therapieverlaufs Veränderungen bei dem Klienten aufzeigen. Die häufig eingesetzten Intelligenztests haben keinen direkten Bezug zur (Sexual-)Straftat, sondern dienen in erster Linie dazu, die kognitive Befähigung eines Klienten für die sozialtherapeutische Intervention zu erfassen (Rehder 2001b, S. 98). Durch das festgestellte Leistungsniveau können die für den Klienten angemessenen Therapiemaßnahmen zusammengestellt werden.<sup>39</sup>

Tabelle C.9: Standardmäßige Themenbereiche der Erstdiagnostik

Themenbereich	Häufigkeit <sup>40</sup>
<b>Informationen zur aktuellen Verurteilung</b>	<b>36</b>
<b>vollzugliches Verhalten</b>	<b>36</b>
<b>Informationen zur Suizidgefahr</b>	<b>35</b>
<b>Familienanamnese</b>	<b>34</b>
<b>Schul- und Berufskennnisse</b>	<b>34</b>
<b>Einlassungen zur Straffälligkeit</b>	<b>34</b>
<b>Sozialanamnese</b>	<b>34</b>
<b>Persönlichkeitsvariablen</b>	<b>34</b>
<b>Suchtanamnese</b>	<b>34</b>
<b>Sexuelanamnese</b>	<b>33</b>
<b>Informationen zur Gefährlichkeit</b>	<b>33</b>
<b>Informationen zu Voreintragungen</b>	<b>33</b>
<b>finanzielle Situation</b>	<b>32</b>
<b>Sonstige</b>	<b>12</b>

Die Themenbereiche, die bei der Erstdiagnostik abgefragt werden, sind sehr breit gestreut (s. Tabelle C.9). Als zusätzliche Themen („Sonstige“) werden z. B. die kurz- und langfristigen Zukunftspläne des Gefangenen, vorhergehende subkulturelle Aktivitäten und frühere Verläufe im Straf- und Maßregelvollzug einbezogen. Durchschnittlich werden 12 verschiedene Themen von den sozialtherapeutischen Einrichtungen zur Erstdiagnostik erfasst. In den selbständigen Anstalten werden alle o. g. Themen stan-

<sup>39</sup> Die Grenze für eine Teilnahme an einer Sozialtherapie liegt üblicherweise bei einem IQ von über 80.

<sup>40</sup> In einer sozialtherapeutischen Einrichtung gibt es keine standardmäßige Erhebung bestimmter Themenbereiche für die Erstdiagnostik.

dardmäßig erfasst, wohingegen in den Abteilungen entsprechend weniger Themenbereiche erhoben werden.

Die Informationen zu den verschiedenen Themenbereichen werden fast immer aus dem Urteil (38) extrahiert. Fast genauso viele sozialtherapeutische Einrichtungen (37mal) ziehen das Gutachten aus dem Hauptverfahren und Ergebnisse psychologischer Testverfahren als Datenquellen heran und führen psychologische Explorationen durch sowie Verhaltensbeobachtungen unter Beteiligung der Stationsbeamten. Selten werden Checklisten (22mal) eingesetzt oder Anamnesen durch den Sozialen Dienst (26mal) durchgeführt. Die Mühe, die komplette Ermittlungsakte heranzuziehen machen sich lediglich 19 sozialtherapeutische Einrichtungen. Im Durchschnitt werden 7 Datenquellen zur Erstellung einer Erstdiagnostik genutzt. Die Spannweite in den sozialtherapeutischen Anstalten ist dabei geringer als in den unselbständigen Abteilungen (Anstalten: 5 bis 9 Datenquellen; Abteilungen: 1 bis 9 Datenquellen). Demnach erscheint die Ausführlichkeit und Themenbreite der standardmäßigen Erstdiagnostik in den selbständigen Anstalten etwas besser und ausgiebiger zu sein als in den (kleineren) Abteilungen. In den zentralen Einweisungseinrichtungen werden ebenfalls immer alle genannten Themenbereiche erhoben. Daher wird in einigen unselbständigen Abteilungen auch keine Notwendigkeit einer standardmäßigen Erhebung aller Punkte bestehen.

Eine anfängliche Gefährlichkeitsüberprüfung findet in 37 der 39 sozialtherapeutischen Einrichtungen statt. Sie umfasst üblicherweise die Gefahr der Gewalttätigkeit gegenüber dem Personal und gegenüber Gefangenen (je 35 Nennungen). An zweiter Stelle kommt die Gefahr der Selbstverletzung (32mal), gefolgt von der Einschätzung der Fluchtgefahr (31mal). Die Gefahr des Suchtmittelkonsums wird nur von 29 sozialtherapeutischen Einrichtungen bei der anfänglichen Gefährlichkeitsüberprüfung berücksichtigt und die Gefahr der Bedrohung durch Mitgefangene ist in diesem Rahmen nur für 25 Einrichtungen relevant. Auch hier ist wie bei den Themen der Erstdiagnostik festzustellen, dass alle selbständigen Anstalten und die zentralen Einweisungseinrichtungen sämtliche genannten Themenbereiche berücksichtigen. Die unselbständigen Abteilungen führen diese weniger umfassend durch, da sie lediglich durchschnittlich 5 verschiedene Themenbereiche erfassen (Anstalten: 5 Themenbereiche).

Anhand der erhobenen Diagnostik kann eine Klassifikation des Sexualstraftäters nach seinem Krankheitsbild vorgenommen werden. Diese Möglichkeit der Klassifikation wird von rund 75 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen genutzt. So setzen 25 sozialtherapeutische Einrichtungen die ICD-10 ein, 16 verwenden das DSM-IV und 12 bedienen sich beider Klassifikationssysteme. In den zentralen Einweisungseinrichtungen erfolgt die Klassifikation anhand des ICD-10 und eine verwendet zusätzlich den DSM-IV. Diese Klassifikationssysteme dienen in diesem Kontext dazu, Paraphilien oder dissoziale bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren. Ferner können sie im Rahmen einer Prognose mittels Prognoseliste erforderlich sein.<sup>41</sup>

Die entsprechend dem vorliegenden Störungsbild angewandten sozialtherapeutischen

---

<sup>41</sup> So wird z. B. die Klassifikation einer „dissozialen Persönlichkeitsstörung“ anhand der ICD-10 in der Dittmann-Liste (Dittmann 2000) berücksichtigt.

Behandlungsmaßnahmen und die Erreichung von (Teil-)Therapiezielen können im Rahmen einer Verlaufsdagnostik verifiziert werden oder zu einer entsprechenden Korrektur der Interventionsmaßnahmen führen. In der Verlaufsdagnostik werden in regelmäßigen Abständen oder in Bedarfsfällen fallbezogene psychologische Testverfahren eingesetzt, Verhaltensbeobachtungen durch die verschiedenen Berufsgruppen und Entwicklungseinschätzungen in den klinisch relevanten Bereichen durch den Therapeuten durchgeführt, um die Entwicklungsverläufe festzustellen (vgl. *Burger, Rathert & Hülsemann* 2006, S. 108 f.).

Eine Verlaufsdagnostik findet in 94,9 % aller sozialtherapeutischen Einrichtungen statt. Die Verlaufsdagnostik wird in knapp zwei Dritteln der sozialtherapeutischen Einrichtungen regelmäßig und bei einem Drittel in Bedarfsfällen durchgeführt. Sie findet durchschnittlich mindestens 3mal und maximal knapp 7mal statt, ist aber in vielen Fällen vom Einzelfall abhängig. Es finden sich aber große Unterschiede zwischen den selbständigen Anstalten und Abteilungen. In den Anstalten beträgt der Mittelwert der minimalen Anzahl der Verlaufsdagnostik 1,5, während in den Abteilungen mindestens 3mal eine Verlaufsdagnostik stattfindet. Bei der maximalen Anzahl, die noch mehr vom Einzelfall und der jeweiligen Unterbringungsdauer des Klienten abhängt, wird sie in den Anstalten durchschnittlich 3mal und in den Abteilungen 7mal durchgeführt. Der regelmäßige zeitliche Abstand zwischen den (Verlaufs-) Datenerhebungen liegt schwerpunktmäßig bei drei bis sechs Monaten, wobei im Durchschnitt knapp alle 5 Monate eine Verlaufsdagnostik stattfindet.

In 73 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen (27) werden psychologische Testverfahren für die Verlaufsdagnostik eingesetzt. Diese werden in elf Fällen durch Verhaltensbeobachtungen oder Entwicklungseinschätzungen durch den zuständigen Therapeuten ergänzt. Die übrigen sozialtherapeutischen Einrichtungen, die eine Verlaufsdagnostik durchführen, stützen sich nicht auf psychologische Testverfahren, sondern beziehen ihre Daten aus Verhaltensbeobachtungen in der Wohngruppe bzw. bei Therapiesitzungen und aus Einschätzungen des zuständigen therapeutischen Personals über den bisherigen Behandlungsverlauf und -erfolg des Klienten.

Eine regelmäßige schriftliche Dokumentation von Therapiesitzungen wird in 39 sozialtherapeutischen Einrichtungen vorgenommen. Zusätzlich findet in 17 sozialtherapeutischen Einrichtungen eine Videoaufzeichnung statt und in einer Anstalt werden auch Audioaufzeichnungen gemacht.<sup>42</sup>

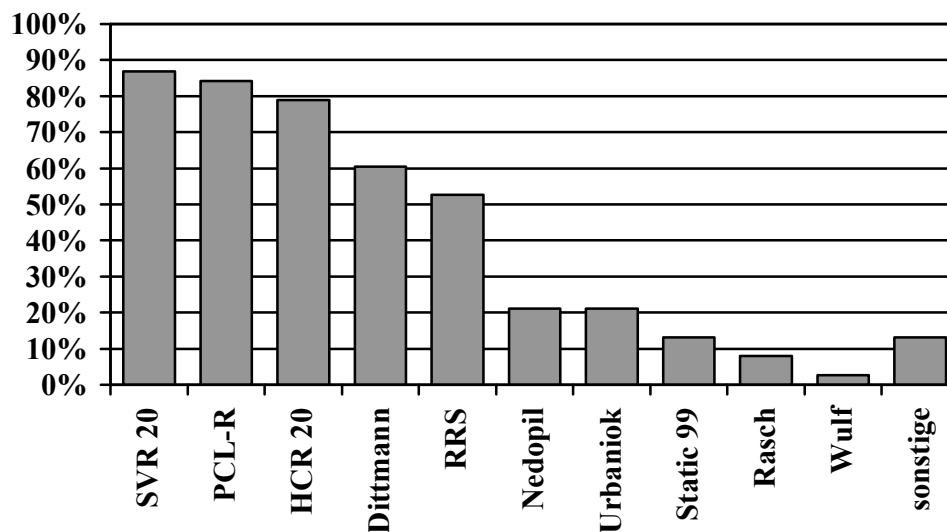
Im weiteren Verlauf der Sozialtherapie stellt sich meist die Frage, ob ein Klient für Vollzugslockerungen geeignet ist. Prinzipiell sind im Rahmen der sozialtherapeutischen Behandlung konzeptuell Vollzugslockerungen vorgesehen. Zur Überprüfung der Eignung findet eine interne und externe Begutachtung des Klienten statt, die in einer Lockerungsprognose über die Legalbewährung in den unterschiedlichen Lockerungsstufen mündet (*Nedopil* 2005, S. 137 f.). Dabei stehen klinische und statistische An-

---

<sup>42</sup> Bezüglich des Einsatzes von Videoaufzeichnungen für die regelmäßige Dokumentation von Therapiesitzungen lassen sich weder Länderpräferenzen noch von organisatorischen Faktoren der sozialtherapeutischen Einrichtungen abhängige Vorlieben feststellen.

sätze<sup>43</sup> im Vordergrund, wobei beide auch kombiniert werden können; dadurch werden auch klinische Ansätze zunehmend durch systematische Prognoseinstrumente und -listen ergänzt (Egg 2005, S. 213; Endres 2000, S. 75; Kröber 2006, S. 26; Mey & Wischka 2005, Rn. 24 zu § 6 StVollzG; Noll, Endrass & Rossegger 2006, S. 24).<sup>44</sup> Zur Prognosestellung werden von fast allen sozialtherapeutischen Einrichtungen<sup>45</sup> Prognoseinstrumente oder -listen eingesetzt. Speziell für das Klientel der Sexualstraftäter entwickelte Prognoseinstrumente sind u. a. die Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) (Müller-Isberner 2000), Static 99 (Hanson & Thornton 1999), das Verfahren zur Bestimmung des Rückfallrisikos bei Sexualstraftätern (RRS) (Rehder 2001a) und in Teilen die Dittmann-Liste, die einen eigenen Kriterienkatalog für die Beurteilung von Sexualstraftätern enthält (Dittmann 2000).

Abbildung C.10: Übersicht über die in den sozialtherapeutischen Einrichtungen verwendeten Prognoseinstrumente<sup>46</sup>



Am häufigsten kommt der SVR-20 (Müller-Isberner, Cabeza & Eucker 2000), der speziell zur Vorhersage (gewalttätiger) Sexualdelinquenz entwickelt wurde, zum Einsatz (Abbildung C.10). Fast ebenso oft wird die PCL-R zur Prognose verwendet. Der Assessing Risk for Violence (HCR-20) (Müller-Isberner, Jöckel & Cabeza 1998), zur Vorhersage zukünftigen gewalttätigen Verhaltens, wird von mehr als drei Viertel aller

<sup>43</sup> Eine sehr gute Übersicht der Eigenschaften von klinischen und statischen Prognoseverfahren findet sich bei Brand (2006, S. 68).

<sup>44</sup> Endres schlägt eine Verknüpfung beider Methoden in Form einer „zweistufigen statistisch-klinischen Diagnose“ vor (Endres 2002, S. 310).

<sup>45</sup> In einer sozialtherapeutischen Anstalt werden Prognosen nur extern erstellt.

<sup>46</sup> Die Prozentwerte beziehen sich nur auf 38 sozialtherapeutische Einrichtungen, da in einer selbständigen Anstalt die Prognosen nur extern erstellt werden.

sozialtherapeutischer Einrichtungen angewandt. Die Kriterienliste nach *Dittmann* und das RRS kommen in ca. jeder zweiten sozialtherapeutischen Einrichtung zum Einsatz. Erwähnenswert ist, dass auch der Static 99, ein jüngeres Prognoseinstrument zur Risikoeinschätzung von Sexualstraf Tätern, in fünf sozialtherapeutischen Einrichtungen angewandt wird. Die deutsche Adaption des Static 99 wurde einer Validierungsstudie unterzogen, welche dem Prognoseinstrument eine gute Vorhersagekraft für die allgemeine, einschlägige und gewalttätige Rückfälligkeit bescheinigt (*Rettenberger & Eher* 2006).

Fast alle sozialtherapeutischen Einrichtungen, die den SVR-20 einsetzen, verwenden auch die PCL-R (93,9 %) und den HCR-20 (87,9 %). Die PCL-R wird als Einzelinstrument und als Teilkriterium anderer Prognoseinstrumente bzw. -listen, wie z. B. HCR-20, SVR-20 und Dittmann-Liste, benutzt. Insgesamt werden durchschnittlich 4,3 Prognoseinstrumente bzw. -listen eingesetzt.

In den selbständigen Anstalten liegt der Mittelwert mit 4,8 Prognoseverfahren leicht über dem der Abteilungen mit 4,2.

Die Angaben der sozialtherapeutischen Einrichtungen weisen speziell für Sexualstraf Täter eine enorme Heterogenität in den angewandten psychologischen Testverfahren auf. Gleichzeitig kristallisieren sich bestimmte Testverfahren heraus, die in einer großen Mehrheit der sozialtherapeutischen Einrichtungen verwandt werden. Das in den meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen vorhandene breite Spektrum an psychologischen Testverfahren sowie die Einbeziehung mehrerer Datenquellen bei der Verlaufsdagnostik ermöglichen eine sehr individuelle Anpassung des Behandlungsprogramms an die spezifischen Bedürfnisse des Klienten (need principle). Dennoch kann anhand der Datenlage nur festgestellt werden, welche diagnostischen Verfahren vorhanden sind, und nicht, welche im Einzelfall zum Einsatz kommen. Auch fehlen weiterhin in fast allen sozialtherapeutischen Einrichtungen hirnrnorganische bzw. neuropsychologische Verfahren (*Suhling* 2003, S. 88).<sup>47</sup>

Bei der Behandlung von Sexualstraf Tätern wird Einfluss auf die dynamischen Faktoren innerhalb der Klienten genommen, wohingegen die angewandten Prognoseinstrumente überwiegend statische Faktoren messen (*Schneider* 2002, S. 260). Weitgehend auf statische Faktoren bezogene Prognoseinstrumente wie die PCL-R haben sich dennoch als relativ valide bei der Vorhersage künftiger Rückfälle erwiesen (*Endres* 2000, S. 71). In den sozialtherapeutischen Einrichtungen stehen meist mehrere Prognoseinstrumente und -listen zur Verfügung, so dass eine Kombination verwendet werden kann, die im Ergebnis bessere Resultate erzielt, als jedes Verfahren für sich alleine genommen (*Kröber* 2006, S. 89). Bis auf das RRS-Verfahren sind bisher keine Prognoseinstrumente bzw. -listen vorhanden, die sich auf einzelne Sexualdeliktsbereiche beziehen.<sup>48</sup> Diese wäre aber notwendig, um die Vorhersagegenauigkeit für Rückfälle – in Verbindung mit weiteren prognostischen Methoden – weiter zu verbessern und

<sup>47</sup> Bisher finden sich nur in fünf sozialtherapeutischen Einrichtungen solche Testverfahren.

<sup>48</sup> Beim RRS gibt es jeweils eigene Erhebungsbögen für wegen Vergewaltigung Verurteilte und für wegen sexuellen Missbrauchs Verurteilte.

somit breiter abgesicherte Erkenntnisse für die Lockerungs- und Entlassungsprognosen zu erhalten.

Die bei Erstellung der Entlassungsprognose standardmäßig berücksichtigten Themenbereiche sind sehr vielseitig und umfassend angelegt (Tabelle C.10). Der Einbezug von potentiellen Risikosituationen und die allgemeine Entlassungsperspektive einschließlich der Berücksichtigung des sozialen Empfangsraumes und der Wohnsituation stellen die wichtigsten Themenbereiche für die Entlassungsprognose dar. Diese nehmen vor allem bei den Entlassungsvorbereitungen ebenfalls eine besondere Stellung ein (s. Kapitel C.2.15). Über die u. g. Themen hinaus wird vor allem Wert auf die Berücksichtigung der nachsorgenden Anschlussmaßnahmen (7mal) gelegt und auf den Verlauf der Therapie (2mal), d. h. welche Veränderungen im Vergleich zu der ersten Prognose bei Therapieantritt feststellbar sind.

*Tabelle C.10: Standardmäßige Themenbereiche der Entlassungsprognose*

• Themenbereich	Häufigkeit <sup>49</sup>
• Informationen zu Risikosituationen	• 37
• Entlassungsperspektive	• 37
• sozialer Empfangsraum	• 36
• Wohnsituation nach Entlassung aus dem Vollzug	• 36
• Einlassungen zur Straffälligkeit	• 35
• Persönlichkeitsvariablen	• 34
• Arbeitssituation nach Entlassung aus dem Vollzug	• 34
• Informationen zur Rückfallgefahr	• 33
• vollzugliches Verhalten	• 33
• Sexualanamnese	• 32
• Suchtanamnese	• 32
• Kooperation mit der Bewährungshilfe	• 31
• Schul- und Berufkenntnisse	• 30
• Sozialanamnese	• 29
• Familienanamnese	• 28
• finanzielle Situation	• 28
• sonstige Themen	• 12

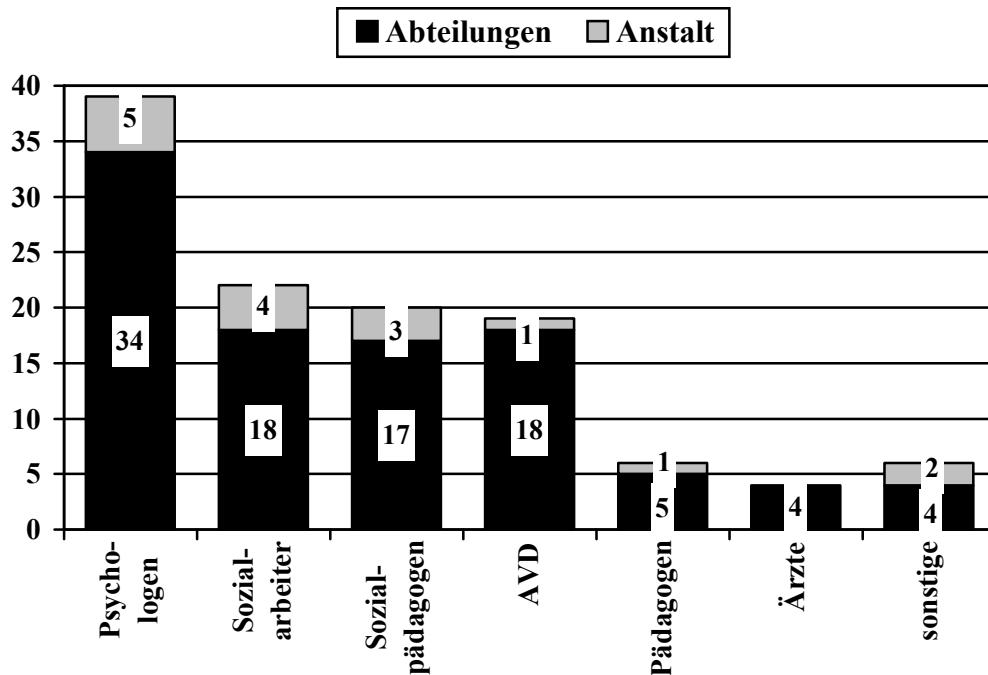
Bei der thematischen Bandbreite zur Erstellung einer Entlassungsprognose lassen sich zwischen Anstalten und Abteilungen keine Unterschiede feststellen. Sie berücksichtigen jeweils durchschnittlich 14 Themenbereiche.

<sup>49</sup> Eine sozialtherapeutische Anstalt erhebt die genannten Themen nicht selbst, da die Entlassungsprognosen nur extern erstellt werden. Die Fallzahl beläuft sich damit auf 38 Einrichtungen.

### C.2.9 Rahmenbedingungen der Therapie

Die Rahmenbedingungen der Therapie werden in erster Linie durch die therapeutisch tätigen Mitarbeiter der jeweiligen sozialtherapeutischen Einrichtung mit beeinflusst (vgl. Egg *et al.* 1998). Erfasst wurden daher die Anzahl, die Profession und die Qualifikation der therapeutisch tätigen Mitarbeiter. Abhängig von ihrer Qualifikation wird auch das Behandlungsangebot und die Programmintegrität beeinflusst (Schaser & Stierle 2005, S. 29; Wischka 2001). In allen sozialtherapeutischen Einrichtungen werden hauptsächlich Psychologen zur Therapie eingesetzt (s. Abb. C.11).

Abbildung: C.11: Therapeutisch tätige Mitarbeitergruppen



Über die Hälfte der sozialtherapeutischen Einrichtungen setzen zusätzlich Sozialpädagogen (20mal) bzw. Sozialarbeiter (22mal) ein. Beim Einsatz dieser beiden Berufsgruppen gibt es regionale Unterschiede, die möglicherweise auch von den in den jeweiligen Ländern bestehenden Studiengängen der Fachhochschulen beeinflusst werden: Meist werden entweder Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen eingesetzt. Lediglich in acht sozialtherapeutischen Einrichtungen in fünf Bundesländern (Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt) werden Vertreter beider Berufsgruppen therapeutisch tätig. In der Begründung des damaligen Entwurfes zum Jugendstrafvollzugsgesetz wurden explizit Sozialpädagogen neben Psychologen als sozialthe-

rapeutisch tätige Mitarbeiter benannt.<sup>50</sup> Es ist also damit zu rechnen, dass es in zukünftigen sozialtherapeutischen Einrichtungen weiterhin zu einer verstärkten „Entweder-Oder-Entscheidung“ bezüglich des therapeutischen Einsatzes von Sozialarbeitern und -pädagogen kommen wird. Häufig werden diese beiden Berufsgruppen in den gleichen Arbeitsfeldern eingesetzt, auch wenn sie geschichtlich gesehen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen stammen.<sup>51</sup> Es scheint also eher Zufall oder wie bereits erwähnt durch das jeweilige Fachhochschulangebot beeinflusst zu sein, ob die eine oder die andere Berufsgruppe bevorzugt wird.

*Tabelle C.11: Der Einsatz von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen der einzelnen Bundesländer*

Bundesland	Anzahl der sozialtherapeutischen Einrichtungen mit therapeutisch tätigen		sozialtherapeutische Einrichtungen je Bundesland
	Sozialarbeitern	Sozialpädagogen	
Baden-Württemberg	1	1	2
Bayern	2	6	7
Berlin	0	1	2
Brandenburg	1	0	1
Hamburg	0	1	1
Hessen	1	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1
Niedersachsen	6	3	7
Nordrhein-Westfalen	6	3	8
Rheinland-Pfalz	1	1	2
Saarland	1	0	1
Sachsen	2	1	3
Sachsen-Anhalt	1	1	1
Schleswig-Holstein	0	0	1
Thüringen	0	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>39</b>

Ebenfalls werden in knapp jeder zweiten sozialtherapeutischen Einrichtung (19mal) Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes mit in die Therapie einbezogen. Der Allgemeine Vollzugsdienst wurde in der Regel noch eher als die übrigen Mitarbeitergruppen der sozialtherapeutischen Einrichtungen im traditionellen Strafvollzug beruflich sozialisiert (Rehn 1990, S. 7). Diese interagieren neben den Mitarbeitern des Werkdienstes am häufigsten mit den Insassen, so dass sie „auch über besondere Befähigungen verfügen sollten“ (Schaser & Stierle 2005, S. 54). Der Einsatz von Mitarbeitern des Allgemeinen Vollzugsdienstes zur Beteiligung an der sozialtherapeutischen

<sup>50</sup> Begründung zu § 105 JStVollzG LSA (Gesetzesentwurf der Landesregierung Sachsen-Anhalt. Drucksache 5/749 vom 04.07.2007 [Internet]. Verfügbar unter: [http://www.dvjj.de/download.p\\_hp?id=693](http://www.dvjj.de/download.p_hp?id=693) [05.03.2008]).

<sup>51</sup> S. [http://www.mbnord.de/fachbereiche/paepsy/daten/soz\\_arbeit/entw\\_soz\\_arb\\_fo.pdf](http://www.mbnord.de/fachbereiche/paepsy/daten/soz_arbeit/entw_soz_arb_fo.pdf) [04.02.2008].



Behandlung erhöht diesen Anspruch an die persönlichen Qualitäten noch und begründet darüber hinaus eine Nachfrage an entsprechenden Fort- und Weiterbildungen.

Auch beim Einsatz des Allgemeinen Vollzugsdienstes zu therapeutischen Zwecken gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: während in sieben Bundesländern (Bayern, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein) Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes bei der Therapie mitwirken dürfen und sollen, gehören diese in den übrigen Bundesländern nicht zum therapeutisch tätigen Personal. Es handelt sich hierbei um Bundesländer, die das BPS in der Sozialtherapie anwenden<sup>52</sup>, in dem der Einbezug u. a. des Allgemeinen Vollzugsdienstes konzeptionell möglich und vorgesehen ist. Dies trifft auch beim therapeutischen Einsatz der Sozialarbeiter zu, die in zwei Drittel der Fälle in sozialtherapeutischen Einrichtungen mit BPS therapeutisch tätig werden. Hierbei fungieren Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes und die Sozialarbeiter als Co-Trainer bzw. Co-Therapeuten oder als persönlich zugeordnete Betreuer (*Wischka* 2004, S. 83). Im Gegensatz zu den Sozialarbeitern, die in vier von fünf selbständigen Anstalten vertreten sind, werden Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes fast ausschließlich in unselbständigen Abteilungen zur Therapie herangezogen und entsprechend qualifiziert. Ärzte sind im therapeutischen Bereich der Sozialtherapie dagegen eher selten und scheinen eine vorwiegend bayerische Spezialität für sozialtherapeutische Sexualstrafäterabteilungen zu sein, da drei der vier sozialtherapeutischen Einrichtungen, die Ärzte zu ihrem therapeutisch tätigen Personal zählen, in Bayern liegen<sup>53</sup> und alle vier einen Sexualstrafäteranteil von über 75 % aufweisen.

Insgesamt werden in den sozialtherapeutischen Einrichtungen meist Mitarbeiter aus drei verschiedenen Disziplinen (18 Nennungen;  $m=3,0$ ;  $\min=1$ ,  $\max=5$  Mitarbeitergruppen) herangezogen. Lediglich in zwei Einrichtungen werden nur Psychologen zur Therapie eingesetzt. Tendenziell finden sich in den sozialtherapeutischen Einrichtungen mit einem hohen Sexualstrafäteranteil mehr in die Therapie involvierte Mitarbeitergruppen (Anteil Sexualstrafäter bis 50 %:  $m=2,63$ ; Anteil Sexualstrafäter >50 % bis 75 %:  $m=3,00$ ; Anteil Sexualstrafäter >75 % bis 100 %:  $m=3,11$ ). Je höher der Sexualstrafäteranteil, desto stärker wird scheinbar auf eine größere Interdisziplinarität in der Sexualstrafäterbehandlung gesetzt.

Aber nicht nur die Qualifikation und die Bandbreite der therapeutisch tätigen Mitarbeiter haben einen Einfluss auf die Qualität der Sozialtherapie, sondern auch die Quantität der Fachdienstmitarbeiter. Je geringer die Anzahl der Gefangenen die pro Fachdienstmitarbeiter betreut werden müssen, desto höher die Betreuungsintensität und damit die Möglichkeit i. S. des Bedürfnisprinzips besser auf individuelle Problemlagen eingehen zu können. So beläuft sich das bundesweite Verhältnis zwischen Fachdienstmitarbeitern und Gefangenen auf rund 1 : 7,4, d. h. ein Fachdienstmitarbeiter ist durchschnittlich für sieben bis acht Gefangene zuständig (*Spöhr* 2007, S. 25). Dieser Wert ist jedoch deutlich ungünstiger als das vom Arbeitskreis Sozialtherapeutische

<sup>52</sup> S. Abbildung C.19. In 14 der 19 sozialtherapeutischen Einrichtungen, die den Allgemeinen Vollzugsdienst in die Therapie mit einbeziehen, wird das BPS angewandt.

<sup>53</sup> Die vierte Sozialtherapeutische Einrichtung befindet sich in Nordrhein-Westfalen.

Anstalten e. V. (2007) empfohlenen Verhältnis von 1 : 5.

Differenzierungen beim Verhältnis der verfügbaren Haftplätze je Fachdienststelle gibt es bezüglich der Art der sozialtherapeutischen Einrichtungen, da selbständige Anstalten (1 : 6,1) deutlich besser ausgestattet sind als Abteilungen (1 : 8,0). Auch weisen die sozialtherapeutischen Einrichtungen deutliche Unterschiede je nach Klientel auf. Während sich der Personalschlüssel bei erwachsenen Straftätern auf 1 : 7,2 (Männer) bzw. 1 : 7,9 (Frauen) beläuft, ist bei den jungen/jugendlichen Strafgefangenen ein besonders ungünstiges Verhältnis von einem Fachdienstmitarbeiter auf über 9 Gefangene feststellbar<sup>54</sup>. Andere mögliche Parameter wie die (Haftplatz-)Größe der Einrichtung, das Eröffnungsjahr, der Sexualstraftäteranteil oder die regionale Lage (Bundesland) stehen nicht im Zusammenhang mit dem Personalschlüssel der Fachdienste.

Eine weitere Rahmenbedingung der Behandlung ist der Modus der Zuordnung eines Gefangenen zu einem Einzeltherapeuten. Diese erfolgt meist durch eine personenbezogene Auswahl (73,7 %)<sup>55</sup>, die in vier sozialtherapeutischen Einrichtungen zusätzlich durch die Berücksichtigung der Deliktgruppe ergänzt wird. Eine reine Zufallsauswahl wird in zwei Abteilungen durchgeführt und eine weitere verfügt nur über einen Therapeuten. In den übrigen sieben Einrichtungen werden die Zuordnungen nach freien Kapazitäten (3mal), infolge von Besprechungen in Konferenzen (2mal), durch Wahl des Gefangenen (1mal) oder nach Zuordnung zu einer bestimmten Wohngruppe (1mal) vorgenommen. Bis auf vier Ausnahmen<sup>56</sup> besteht in den sozialtherapeutischen Einrichtungen so die Option, entsprechend der fachlichen Schwerpunktsetzung und Ausbildung Gefangene nach Passung einem Einzeltherapeuten zuzuordnen.

Direkt an die Zuordnung der Einzeltherapeuten schließt sich die Frage nach der Wahl- und späteren Wechselmöglichkeit des Therapeuten für die Gefangenen an. In knapp 46 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen<sup>57</sup> werden Wünsche des Gefangenen bei der Zuordnung zum Einzeltherapeuten berücksichtigt. Ein späterer Wechsel des Therapeuten ist in 62 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen möglich, jedoch wird an einen Wechsel am häufigsten die Bedingung geknüpft, dass ein nicht lösbarer, anhaltender Konflikt vorliegen muss und die Behandlung mit einem anderen Therapeuten mehr Erfolg verspricht. Ebenfalls ist häufig die Zustimmung des bisherigen Therapeuten nötig (vgl. Tabelle C.12). Diese Bedingung für einen Wechsel soll sicherstellen, dass es nicht zu einem „Ausweichverhalten“ oder „Therapietourismus“ kommt und entspricht damit dem am häufigsten genannten Grund gegen einen späteren Wechsel

---

<sup>54</sup> Die nach der Klientel differenzierten Angaben beziehen sich ausschließlich auf die am 31.03.2006 befragten 39 sozialtherapeutischen Einrichtungen. In der aktuellen Stichtagserhebung zur Sozialtherapie (Spöhr 2007) findet sich dieser Befund jedoch bestätigt, da das Verhältnis im Erwachsenenvollzug bei den Männern 1 : 7,2 und bei den Frauen 1 : 8,6 beträgt, wohingegen im Jugendstrafvollzug die Relation mit 1 : 9,9 am schlechtesten ausfällt.

<sup>55</sup> In einer sozialtherapeutischen Abteilung gibt es nur Gruppentherapien, daher beziehen sich die folgenden Angaben auf 38 sozialtherapeutischen Einrichtungen.

<sup>56</sup> Gemeint sind hier die zwei Abteilungen mit Zufallsauswahl, die Abteilung mit lediglich einem Therapeuten und die ausschließlich gruppentherapeutisch orientierte Abteilung.

<sup>57</sup> Die folgenden Angaben beziehen sich auf 37 sozialtherapeutischen Einrichtungen, da in einer Abteilung keine Einzeltherapie stattfindet und in einer weiteren nur ein Therapeut vorhanden ist.

des Einzeltherapeuten auf Wunsch des Gefangenen (11 von 14 Nennungen).

*Tabelle C.12: Möglichkeit eines Therapeutenwechsels*

<b>Nennungen der Bedingungen für einen Wechsel (Mehrfachnennungen)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
anhaltender, nicht lösbarer Konflikt	10	38,5
nur mit Zustimmung des bisherigen Therapeuten / der Behandlungskonferenz	9	34,6
vorliegende Gegenübertragung	3	11,5
inhaltliche Schwerpunktsetzungen	3	11,5
sonstiges	1	3,8
Gesamt	26	100,0

Speziell die Frage nach einem späteren Wechsel des Therapeuten ist umstritten. Gegner eines Wechsels befürchten die Möglichkeit der Flucht vor anstrengenden Therapiephasen (vgl. *Kistner* 2002, S. 192). Gerade in der Therapie solle erlernt werden, sich Problemen zu stellen und Lösungen zu erarbeiten. Mit der Möglichkeit eines Therapeutenwechsels auf Wunsch des Gefangenen könne dies jedoch als Fluchtmechanismus ausgenutzt werden. Befürworter eines Therapeutenwechsels auf Wunsch des Gefangenen argumentieren hingegen, dass man nicht mit jedem Menschen gut auskommt und ein Wechsel positive Impulse für eine weitere Öffnung des Gefangenen gegenüber der Therapie und dem (neuen) Therapeuten bewirken kann (*Egg & Kröninger* 2004, S. 225).

Die Frage nach einem späteren Therapeutenwechsel wird regional unterschiedlich beantwortet. In acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen) wird dem Wunsch des Gefangenen nach einem Therapeutenwechsel in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen entsprochen, während in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein grundsätzlich kein Wechsel erlaubt wird. Zusätzlich verweigert die Mehrheit der sozialtherapeutischen Einrichtungen in Niedersachsen und Bayern ihren Gefangenen einen Wechsel, aber in Nordrhein-Westfalen gestatten Dreiviertel der sozialtherapeutischen Einrichtungen eine Änderung des Einzeltherapeuten. 20 der 23 sozialtherapeutischen Einrichtungen, die einem Wechsel unter bestimmten Bedingungen zustimmen, zeichnen sich gleichsam durch eine personenbezogene Auswahl bei der Zuordnung des Einzeltherapeuten aus.

In den meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen, in denen Wünsche der Gefangenen bei der Zuordnung zu einem Einzeltherapeut berücksichtigt werden, sind auch spätere Therapeutenwechsel ermöglicht (s. Tabelle C.13). Diese liberalere Einstellung gilt aber nicht für den umgekehrten Fall, da nur knapp über die Hälfte der sozialtherapeutischen Einrichtungen, die einen späteren Wechsel prinzipiell befürworten, auch schon bei der anfänglichen Therapeutenzuordnung Wünsche der Gefangenen berücksichtigen.

Tabelle C.13: Mitsprachemöglichkeiten der Gefangenen bezüglich ihrer Therapeuten

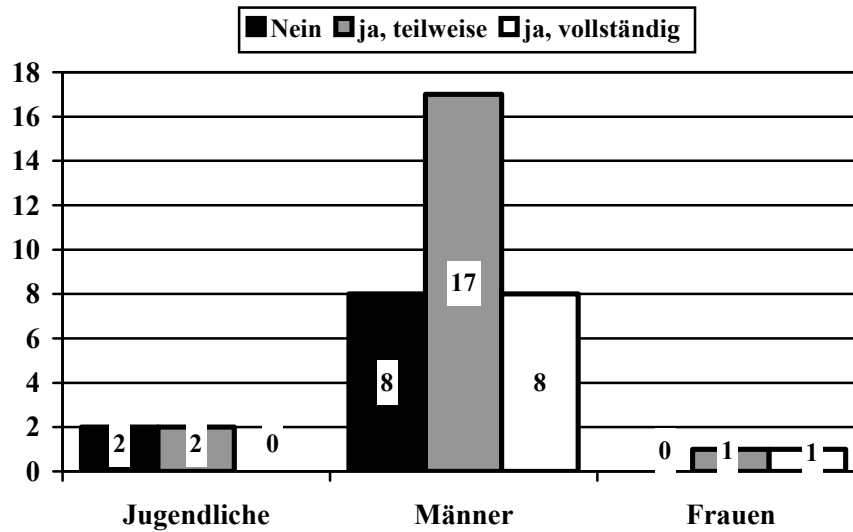
		Berücksichtigung der Wünsche des Gefangenen bei Therapeutenzuordnung?		Gesamt
		ja	nein	
späterer Therapeutenwechsel auf Wunsch des Gefangenen möglich?	ja	13	10	23
	nein	4	10	14
<b>Gesamt</b>		<b>17</b>	<b>20</b>	<b>37</b>

Die Frage, ob Therapiesitzungen als Arbeitszeit des Gefangenen angesehen werden, ermittelt den Stellenwert der Therapie im Vergleich zur Arbeitspflicht. Bei einer Therapie außerhalb des Vollzuges kann ein Klient nur in seiner Freizeit an Therapiesitzungen teilnehmen. Sie erfordert damit vom Klienten eine Eigeninitiative. Für Sexualstraftäter gem. § 9 Abs. 1 StVollzG besteht jedoch eine Pflicht zur Therapie. Wird die Therapie in diesem Fall komplett als Arbeitszeit angerechnet, wird sie von dem Gefangenen wahrscheinlich mehr als Pflicht und weniger als besonderes Hilfsangebot empfunden. Insgesamt werden in einem Viertel der sozialtherapeutischen Einrichtungen Therapiesitzungen nicht als Arbeitszeit des Gefangenen angesehen (hauptsächlich in Bayern, Hessen, Sachsen-Anhalt und Thüringen). Eine sozialtherapeutische Einrichtung gibt als Begründung dafür an, dass die Behandlungsangebote zeitlich mit den Arbeits- und Schulzeiten so koordiniert sind, dass es in der Regel keine Überschneidungen gibt. Bei einem weiteren Viertel (überwiegend in Niedersachsen und Rheinland-Pfalz) werden die Therapiesitzungen vollständig als Arbeitszeit angesehen und die Hälfte aller sozialtherapeutischen Einrichtungen rechnet sie teilweise als Arbeitszeit an.<sup>58</sup> In der Mehrheit der sozialtherapeutischen Einrichtungen wird also der Mittelweg bevorzugt, um einerseits der Therapiepflicht (für Gefangene gem. § 9 Abs. 1 StVollzG) zu entsprechen und andererseits auch den für die Therapie förderlichen aktiven Beitrag des Gefangenen in Form eines Eintausches seiner „Freizeit“ gegen Therapiezeit als Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung zu erhalten. Auch hier gibt es einen weiteren Unterschied zwischen Erwachsenen- und Jugendstrafvollzug: In den sozialtherapeutischen Abteilungen für junge Gefangene gibt es entweder keine oder nur eine teilweise Anrechnung der Therapiezeit als Arbeitszeit, wohingegen in den sonstigen sozialtherapeutischen Einrichtungen stärker eine teilweise oder vollständige Bemessung als Arbeitszeit erfolgt (s. Abb. C.12).<sup>59</sup>

<sup>58</sup> Am häufigsten wurde eine vergütete Anrechnung von 15-20 % der regulären Arbeitszeit als Therapiezeit genannt.

<sup>59</sup> In Kapitel C.2.11 findet sich eine ergänzende Betrachtung der Therapiezeitanerkennung.

Abbildung: C.12: Anrechnung von Therapiezeiten als Arbeitszeit



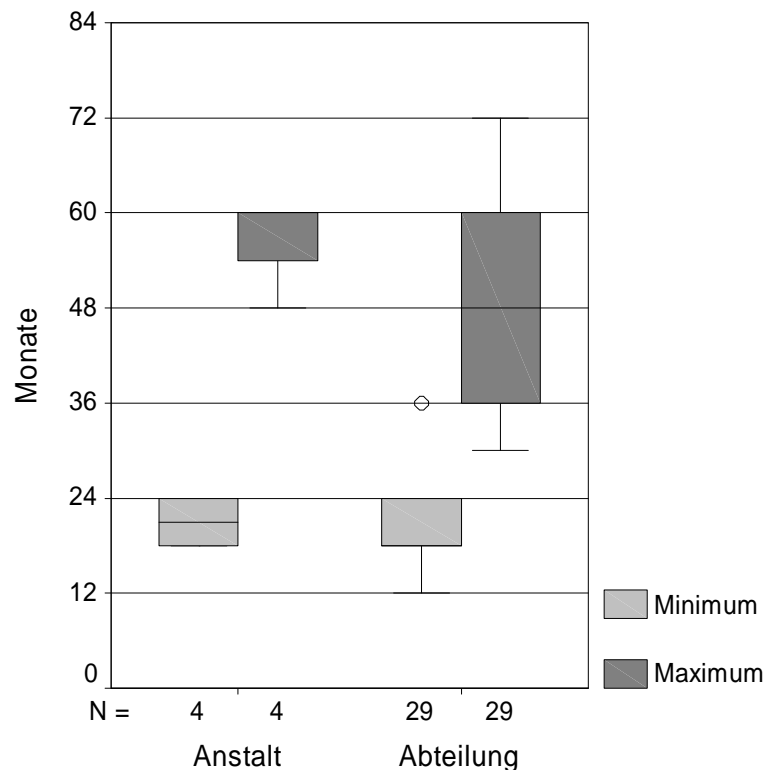
Ein wichtiger Bestandteil der Behandlungsintensität ist die Dauer der wöchentlichen Einzel- und Gruppentherapiestunden sowie die Einschätzung der notwendigen Behandlungszeit. Die Mindestangaben der sozialtherapeutischen Einrichtung zu den wöchentlich vorgesehenen Einzeltherapiestunden pro Gefangenem reichen von einer Viertelstunde bis zu anderthalb Stunden und liegen im Mittel bei einer Stunde. Bei dieser Angabe zeichnet sich ein recht einheitliches Bild ab. Bei der Gruppentherapie schwanken die Angaben stark zwischen einer und zwölf Mindeststunden pro Woche und belaufen sich im Mittel auf drei Stunden und 15 Minuten. Während jedoch in den Anstalten die wöchentliche Dauer der Gruppentherapieaufnahme je Probanden auf knapp 100 Minuten anlegen, beträgt diese in den Abteilungen knapp 210 Minuten.

Bei der Einschätzung nach den minimal und maximal notwendigen Behandlungsmonaten, die ebenfalls den Aspekt der Behandlungsintensität näher beleuchten sollen, zeigen sich ebenfalls große Differenzen zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen (s. Abbildung C.13). Dies betrifft in stärkerem Maße die Einschätzung der maximal notwendigen Behandlungsmonate. Die Minimalangabe der Behandlungsmonate liegt bei 6 bis 36 Monaten mit einem Durchschnitt von knapp 20 Monaten, während das Maximum bei 30 bis 72 Monaten gesehen wird und im Mittel rund 49 Monate beträgt. Daraus ergibt sich, dass es einen Überschneidungsbereich zwischen den minimal und maximal als notwendig eingeschätzten Behandlungsmonaten gibt, d. h. dass für manche Einrichtungen das notwendige Minimum dem Maximum anderer Einrichtungen entspricht.

Bei der Unterscheidung zwischen Anstalten und unselbständigen Abteilungen wird ein weiterer Unterschied deutlich: Die Anstalten geben die geschätzte notwendige Maximalbehandlungsdauer mit durchschnittlich rund fünf Jahren an, wohingegen die Abteilungen im Mittel vier Jahre als Maximum nennen. Im Gegensatz zu den Abteilungen ist in den Anstalten eine einheitlichere Einschätzung der notwendigen Behand-

lungsdauer vorhanden, wie man an den deutlich geringeren Quartalsabständen erkennen kann.

Abbildung C.13: Box-Plot<sup>60</sup> der Einschätzung der notwendigen Behandlungsdauer in den sozialtherapeutischen Einrichtungen



Neben der Häufigkeit und Dauer der Therapie ist die innere Gruppenstruktur<sup>61</sup> und -größe kennzeichnend für die unterschiedlichen Behandlungskonzeptionen der sozialtherapeutischen Einrichtungen. Ermittelt wurde, ob es deliktspezifische Trennungen<sup>62</sup>

<sup>60</sup> Durch einen Box-Plot wird die zentrale Tendenz und Dispersion einer Verteilung veranschaulicht. Die obere und untere Linie gibt jeweils die Grenzwerte für die gesamte Verteilung an. Ausreißerwerte sind als Kreise dargestellt. Die untere und obere Begrenzungslinie der Box gibt jeweils das 25 % bzw. 75 % Perzentil (unteres und oberes Quartil) an. Der Strich innerhalb der Box zeigt den Median bzw. das 50 % Perzentil an (Bortz 2005, S. 40).

<sup>61</sup> Einige Aspekte bei der Zusammensetzung von Gruppen wurden bereits in Kapitel C.2.3 bezüglich der deliktspezifischen Unterbringung angesprochen.

<sup>62</sup> Eine gruppentherapeutische Trennung nach verschiedenen Persönlichkeitstypen und Störungsbildern, bei der ein bestimmtes Mischverhältnis eingehalten wird, wäre sinnvoller (vgl. Brand 2006, S. 140 f.), aber die juristische Einteilung nach Deliktgruppen ist gängiger und einfacher. Da die Anzahl der Behandlungsplätze und -möglichkeiten im sozialtherapeutischen Strafvollzug limitiert sind, kann in

bei der Behandlung der Straftäter gibt. Eine Trennung nach Deliktgruppen ergibt z. B. keinen Sinn, wenn es um deliktenspezifische Behandlungsinhalte geht. Auch wenn Sexualstraftäter von anderen Straftätern gesondert behandelt werden, muss es nicht zwangsweise zu einer weiteren Differenzierung nach spezifischen Delikten kommen, da beispielsweise selbst bei unterschiedlichen Fantasien von Vergewaltigern und Missbrauchstätern die sexuelle Fantasie als solche bearbeitet werden muss. Auch kann die gemeinsame Behandlung unterschiedlicher Tätergruppen zu einem regen Austausch und einer anderen Perspektivenwahrnehmung führen, die förderlich für die Therapie sein kann (Brand 2006, S. 140). Andererseits kann eine getrennte Behandlungsgruppe für pädophile Sexualstraftäter den Vorteil haben, dass die Teilnehmer sich leichter gegenüber anderen öffnen, die sonst unter der ständigen Angst leiden von anderen Insassen angegriffen zu werden, wenn diese von ihren Taten erfahren (Mushoff 2006). Hinzu kommt, dass das Verständnis von bestimmten Sexualstraftätergruppen (z. B. Pädophile) bezüglich der Motivation, des Antriebs und der inneren Konflikte, die bei Tatbegehung und danach vorhanden waren und sind, leichter nachvollzogen und besprochen werden können (Bullens 1994, S. 47).

Gerade Sexualstraftäter zeichnen sich durch eine hohe Manipulationsfähigkeit aus, die durch eine gruppentherapeutische Behandlung besser kontrolliert werden kann als durch eine reine Einzeltherapie (Bullens & Mähne 1999, S. 191; Brand 2005, S. 60). Eine gruppentherapeutische Behandlung hat ferner den Vorteil, dass sie sehr ökonomisch ist. Je Therapeut können so mehrere Straftäter gleichzeitig behandelt werden. Bei Sexualstraftätern bietet es sich jedoch an, mit einer gemischt geschlechtlichen Gruppentherapieleitung zu arbeiten, wie dies z. B. in der Sozialtherapeutischen Abteilung Würzburg gemacht wird, um Übertragungen und Gegenübertragungen besser wahrnehmen und kontrollieren zu können.<sup>63</sup> Auch kann die Co-Therapeutin als Projektionsfläche dienen, die eine Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Verständnis von Sexualität bei den Klienten fördert (Burger, Rathert & Hülsemann 2006, S. 109).

Nachteil einer gruppentherapeutischen Behandlung ist, dass nicht auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Teilnehmer eingegangen werden kann (Bullens & Mähne 1999, S. 193 ff.). Daher wird bis auf eine Ausnahme in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen das gruppentherapeutische Setting durch einzeltherapeutische Maßnahmen ergänzt.

In 22 sozialtherapeutischen Einrichtungen erfolgt eine teilweise bzw. vollständig getrennte Behandlung nach Deliktgruppen. Diese Einrichtungen trennen alle nach Sexualstraftätern oder Gewalttätern oder beidem, wobei nur bei den Sexualstraftätern in sechs sozialtherapeutischen Einrichtungen eine differenziertere Trennung nach Delikten (Vergewaltigung und Kindesmissbrauch) stattfindet. Die deliktenspezifische Trennung wird meist nur im Rahmen der Gruppentherapie oder in der Anwendung bestimmter einzelner Behandlungsmodulen wie z. B. das Anti-Gewalt-Training (AGT) vollzogen. Die Trennung bezieht sich meist nur auf die Oberkategorien Sexualstraftäter versus Gewaltstraftäter und seltener auf spezifischere Unterkategorien.

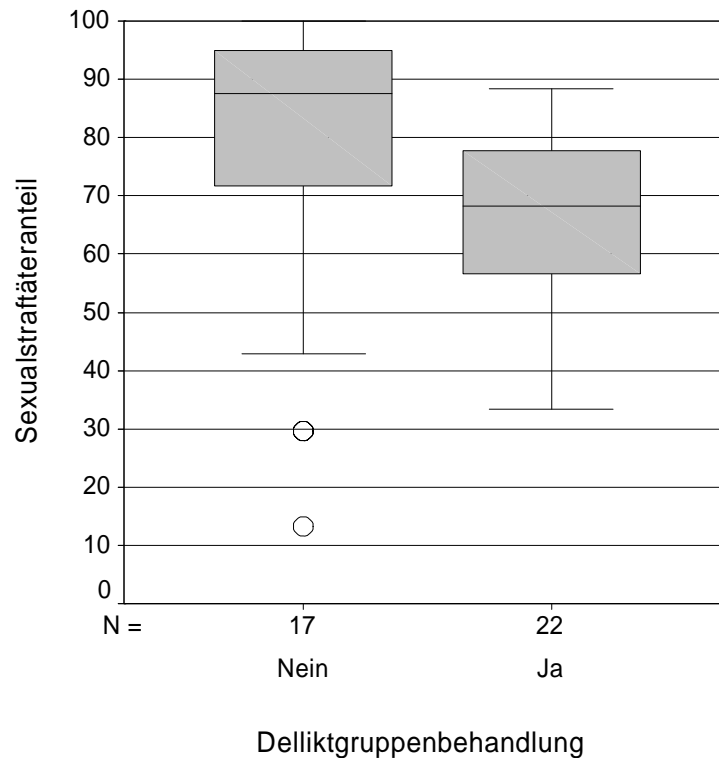
---

der Praxis auf eine gruppenstrukturelle Passung nicht geachtet werden.

<sup>63</sup> Weitere Aspekte einer gruppentherapeutischen Behandlung werden in Kapitel D.2 aufgeführt.

Fast alle großen sozialtherapeutischen Einrichtungen (über 37 Haftplätze: 84,6 %) <sup>64</sup> bieten eine getrennte Behandlung an, aber auch in den kleinen (bis 24 Haftplätze: 44,4 %) und mittelgroßen Einrichtungen (über 24 bis 37 Haftplätze: 37,5 %) geschieht dies nicht selten. In den großen sozialtherapeutischen Einrichtungen sind für eine deliktspezifische Gruppenbehandlung auch leichter die nötigen Probandenzahlen vorhanden als in den kleineren Einrichtungen. Ferner setzen erwartungsgemäß überwiegend sozialtherapeutische Einrichtungen mit einem mittleren Sexualstraftäteranteil eher eine nach Delikten getrennte Behandlung um (s. Abb. C.14).

Abbildung C.14: Sexualstraftäteranteil in den sozialtherapeutischen Einrichtungen mit und ohne eine deliktspezifische Gruppentherapie



In den sozialtherapeutischen Einrichtungen, die SOTP und BPS einsetzen erfolgt ebenfalls meist eine teilweise oder vollständig getrennte Behandlung nach Deliktgruppen. Dies entspricht auch den Vorgaben der jeweiligen Behandlungsprogramme. <sup>65</sup>

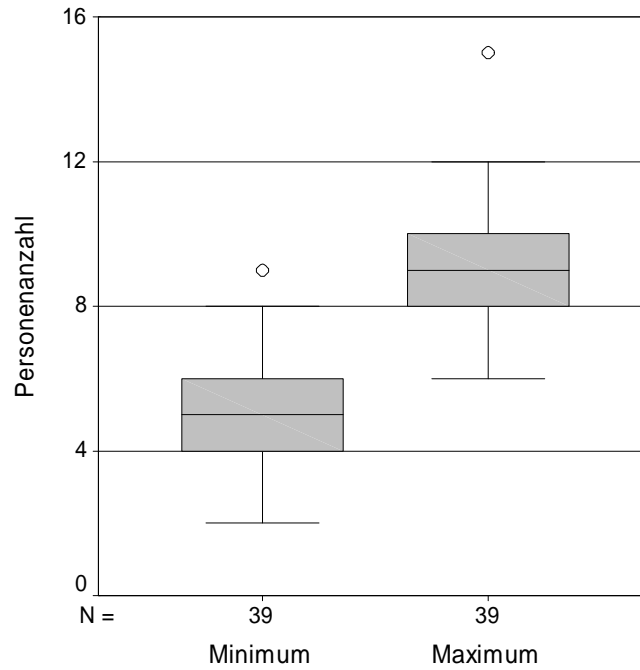
<sup>64</sup> Unter diese Kategorie fallen alle fünf selbständigen Anstalten.

<sup>65</sup> Warum lediglich 15 der 24 sozialtherapeutischen Einrichtungen, die das BPS anwenden eine teilweise oder vollständige deliktspezifische Deliktgruppenbehandlung bejahen, kann anhand der Daten leider nicht geklärt werden. Der geringe Anteil verwundert jedoch, da es beim BPS explizit einen deliktspe-



Die Gruppengröße beeinflusst ebenfalls die Behandlungsintensität, da in kleinen Gruppen jeder einzelne Gefangene intensiver behandelt werden kann als in großen Gruppen (Brand 2006, S. 142). Die vorgesehene Gruppengröße beläuft sich auf durchschnittlich mindestens 4 bis 6 und maximal 8 bis 10 Mitglieder und weist über alle sozialtherapeutischen Einrichtungen hinweg ein recht homogenes Bild auf (s. Abb. C.15).

Abbildung C.15: Vorgesehene Gruppengrößen



Weiterhin wurde gefragt, ob Angehörige in die Therapie mit einbezogen werden und zu welchem Zweck dies geschieht. 92,3 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen (alle Anstalten und 31 Abteilungen) beteiligen Angehörige an der Therapie. Bei jungen Sexualstraftätern ist ein Einbezug der Familie besonders wichtig, da häufig in dieser relevante Faktoren für die Entwicklung der Straftaten zu finden sind (Wolff-Dietz 2007, S. 167). Die betreffenden sozialtherapeutischen Einrichtungen beziehen Angehörige zum Zweck der Entlassungsvorbereitung (94,4 %), zur Vorbereitung von Vollzugslockerungen (91,7 %), um Informationen zu erhalten (88,9 %), für Paargespräche (83,3 %) und für die Rückfallprävention (80,6 %) mit ein. Weniger häufig werden Angehörige zur Konfrontation im Zuge der Tataufbereitung (61,1 %) eingesetzt. Anhand der Anteile wird deutlich, dass in diesem Bereich ebenfalls eine relativ hohe Homogenität zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen vorherrscht.

Die Therapietransparenz bildet den nächsten Baustein der Rahmenbedingungen der Therapie. Dazu gehört einerseits die Frage, ob es einen Therapievertrag gibt, der dem Gefangenen seine Rechten und Pflichten verdeutlicht und durch welche Maßnahmen Therapietransparenz für den Gefangenen geschaffen wird. Der deutlich überwiegende Anteil der sozialtherapeutischen Einrichtungen (33mal) schließt solche Therapieverträge, wobei es sich hierbei bis auf zwei Einrichtungen um Standardtherapieverträge handelt. Der Standardtherapievertrag sorgt für eine Gleichbehandlung der Gefangenen hinsichtlich ihrer Pflichten und Rechte, jedoch kann durch eine individuelle Therapievereinbarung besser auf die persönliche Situation des Gefangenen eingegangen werden. Ein Therapievertrag ist aber, unabhängig von seiner Ausgestaltung, ein wichtiges Mittel um Therapietransparenz für den Gefangenen zu schaffen. Weitere Maßnahmen der Therapietransparenz reichen von der vom Gefangenen selbst initiierten Nachfrage bis hin zur Aushändigung eines Behandlungsplanes im Rahmen eines regelmäßigen diesbezüglichen Klientengesprächs. Die meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen geben an, dass sie im Rahmen von mündlichen Besprechungen mit dem Gefangenen für die notwendige Therapietransparenz sorgen. Weitere neue Einrichtungen ergänzen die Besprechungen mit der Aushändigung eines Therapieplans. Neben dem Therapieplan wird in sechs sozialtherapeutischen Einrichtungen auch ein Therapiebuch mit Angaben zum Behandlungsfortschritt geführt und für den Klienten zugänglich gemacht. Dies hat den Vorteil, dass die Angaben für den Gefangenen leicht nutzbar sind, um sie zur Vorlage bei externen Prognosegutachtern oder anderen Entscheidungsträgern zu verwenden, wenn es um die Beantragung von Lockerungen geht (*Burger, Rather & Hülsemann 2006, S. 108*). Eine rein mündliche Unterrichtung über den bisherigen Therapieverlauf und die weitere Therapieplanung erscheint hingegen zu unstrukturiert und wenig greifbar für die Klienten.

Der Einsatz externer Therapeuten schließt den Bereich der Rahmenbedingungen ab. In rund 40 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen werden keine externen Therapeuten beschäftigt, da keine entsprechenden Gelder vorhanden sind. In den übrigen 24 sozialtherapeutischen Einrichtungen übernehmen die externen Therapeuten meist andere Aufgaben als die internen Therapeuten. In sieben Einrichtungen jedoch übernehmen beide Therapeutengruppen dieselben Arbeiten. Der Einsatz externer Therapeuten zur Einzeltherapie kann jedoch problematisch sein. Zwar haben externe Therapeuten eine objektivere Sicht auf ihre Arbeit und unterliegen nicht so stark bestimmten Beeinflussungen (z. B. Halo-Effekt<sup>66</sup>), jedoch fehlen ihnen oft auch wichtige Informationen über den Alltag der Klienten in der Einrichtung. Dies birgt die Gefahr, dass der Klient therapierelevante Informationen verschweigt, die dem externen Therapeuten entgehen, da er sich nicht in demselben Handlungsumfeld bewegt wie der Klient. Interne Therapeuten haben einen natürlichen Wissensvorsprung gegenüber dem externen Einzeltherapeuten (*Bögemann 2003*). Auch ein sehr guter Informationsfluss zwischen den

---

<sup>66</sup> Der Halo-Effekt (Hof-Effekt) führt dazu, dass ein bestimmtes Attribut die übrigen Informationen überlagert und so einen verzerrten Gesamteindruck erzeugt (*Güttler 2003, S. 96*). Auf den Strafvollzug und interne Therapeuten übertragen bedeutet dies, dass der interne Therapeut evtl. zu sehr von der jeweiligen Information über die begangene(n) Straftat(en) und die in dem speziellen Umfeld wahrgenommenen Verhaltensweise des Klienten beeinflusst wird.

Mitarbeitern der sozialtherapeutischen Einrichtung und dem Therapeuten werden dies nicht komplett ausgleichen können. Ein Vorteil von externen Therapeuten ist, dass sie zusätzliches Know-How mit in die sozialtherapeutische Arbeit einbringen und so wichtige Ergänzungen zur optimalen Anpassung der Behandlung an die Bedürfnisse der Straftäter liefern können (*Ingelfinger* 2005, S. 254). Solche Erweiterungen des Therapieangebotes sind jedoch wie gerade angeführt nicht immer finanziell leistbar. In drei sozialtherapeutischen Einrichtungen werden die externen Therapeuten beschäftigt, um über die Haftzeit hinaus die therapeutische Betreuung der Gefangenen i. S. einer therapeutischen Nachsorge (s. Kapitel D) zu gewährleisten. Die übrigen Einrichtungen setzen externe Therapeuten für Fortbildungen, Supervisionen (s. Kapitel C.2.5), spezielle Behandlungsverfahren und für die Suchtberatung ein.

### **C.2.10 Therapieplanung**

Beim Themenkomplex der Therapieplanung sollen die formellen Vorgaben und Strukturen der Sozialtherapie von Sexualstraftätern expliziert werden. Speziell bei der Therapieplanung spielt wieder die Frage nach dem Grad der interdisziplinären Umsetzung eine große Rolle. Die Therapieplanung erfolgt in 59 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen durch das Behandlungsteam, das meist aus Psychologen, Sozialarbeitern, Pädagogen und Bediensteten des Allgemeinen Vollzugsdienstes besteht. In zehn sozialtherapeutischen Einrichtungen wird die Therapie durch lediglich einen für den Klienten zuständigen Therapeuten geplant. Ein psychologisches Fachteam kommt in drei Einrichtungen zur Therapieplanung zum Einsatz. In jeder vierten sozialtherapeutischen Einrichtung wird somit nur eine einzelne Person mit der Planung der Therapie beauftragt. Diesbezüglich gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen, die vor und nach 1997 eröffnet wurden: Neun der zehn sozialtherapeutischen Einrichtungen, in denen ein einzelner Therapeut den Therapieplan erstellt, sind sozialtherapeutische Einrichtungen der neueren Generation (s. Tab. C.14), d. h. sie sind i. d. R. kleiner und auf Sexualstraftäter spezialisiert (vgl. Kapitel C.2.1). Gerade bei den kleineren sozialtherapeutischen Einrichtungen wäre es aber einfacher mehrere Mitarbeiter in die Planung einzubeziehen, da die Informationswege kürzer sind. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse bezüglich der Anzahl der in die Therapie involvierten Mitarbeitergruppen (s. Kapitel C.2.9) ergibt sich, dass zwar in den neueren (kleinen) Sexualstraftäterabteilungen viele Mitarbeitergruppen in die Umsetzung der Therapie einbezogen sind, aber die Planung meist nur dem (Haupt-)Therapeuten überlassen bleibt. Demgegenüber arbeiten in allen acht mittelgroßen sozialtherapeutischen Einrichtungen (über 24 bis 37 Haftplätze) Behandlungsteams an der Erstellung der Therapiepläne.

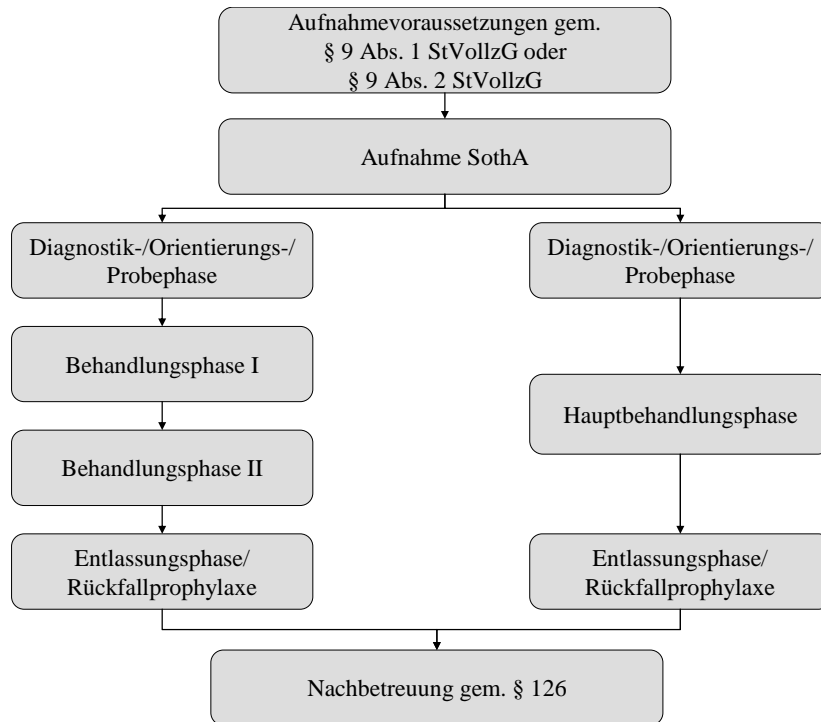
Tabelle C.14: Verantwortlichkeit der Therapieplanung

Therapieplanung durch	Eröffnungsjahr der Sozialtherapeutischen Einrichtung					
	vor 1997		ab 1997		$\Sigma$	
	n	%	n	%	n	%
Therapeut	1	7,1	9	36,0	10	25,6
Psychologen	2	14,3	1	4,0	3	7,7
Behandlungsteam	10	71,4	13	52,0	23	59,0
Sonstige	1	7,1	2	8,0	3	7,7
$\Sigma$	14	100,0	25	100,0	39	100,0

Informationen zur Therapieplanung werden meist bei allen für den betreffenden Klienten zuständigen Mitarbeitergruppen eingeholt. In 30 sozialtherapeutischen Einrichtungen werden alle Mitarbeitergruppen bei der Therapieplanung konsultiert. Sieben weitere Einrichtungen holen sich mindestens beim Allgemeinen Vollzugsdienst und bei den Fachdiensten Informationen ein. In den beiden übrigen sozialtherapeutischen Einrichtungen wird entweder nur der (psychologische) Fachdienst als Informationsquelle genutzt oder die Therapiekonzeption erfolgt in alleiniger Eigenregie des Therapeuten. Die Behandlungsplanung erfolgt demnach in den meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen sehr interdisziplinär und entspricht damit dem integrativen Behandlungsgedanken der Sozialtherapie.

In 35 sozialtherapeutischen Einrichtungen lässt sich der Therapieverlauf in 3 bzw. 4 Behandlungsphasen einteilen (s. Abbildung C.16; vgl. Schaser & Stierle 2005, S. 59). Unter der ersten Phase lassen sich überwiegend eine Orientierungsphase, eine Diagnostikphase und/oder eine Probephase subsumieren. Die Hauptbehandlungsphase wird in 12 sozialtherapeutischen Einrichtungen in zwei separate Phasen, die meist aus einem deliktspezifischen und deliktunspezifischen Teil bestehen, unterteilt. Daran schließt sich häufig die dritte Phase der Entlassung an, die auch Rückfallvermeidungsprogramme enthält.

Abbildung C. 16: Abfolge der Sozialtherapie im Justizvollzug



Die Angaben der Dauer der einzelnen Therapiephasen fallen sehr unterschiedlich aus. Die Orientierungs- und Diagnostikphase werden mit meist 3 oder 6 Monaten Dauer (15 bzw. 7 Nennungen) recht einheitlich angegeben. Die Dauer der (Haupt-)Behandlungsphase schwankt jedoch von 12 bis 42 Monaten und beträgt im Durchschnitt 18 Monate. Am häufigsten wurden 6<sup>67</sup>, 12 oder 18 Monate für Behandlungsphase I genannt (jeweils 6 Nennungen) und für Behandlungsphase II geben fünf sozialtherapeutische Einrichtungen 6 Monate an. Sieben Einrichtungen gaben keine zeitlichen Beschränkungen an, sondern machen die Dauer der einzelnen Therapiephasen individuell vom Klienten und der Haftdauer abhängig. Angaben zum zeitlichen Rahmen der Entlassungsphase konnten nur von 16 sozialtherapeutischen Einrichtungen gemacht werden. Die Hälfte von diesen gibt 6 Monate für die Entlassungsphase an (8mal) und entspricht damit dem Durchschnitt aller Nennungen. Drei sozialtherapeutische Einrichtungen gaben sogar nur 3 Monate für diese Phase an. Insgesamt fällt auf, dass häufig zwar ein Mindestdauerwert für die einzelnen Phasen der sozialtherapeutischen Behandlung gemacht werden konnten, aber die Obergrenze für diese offen gelassen wurde. Daher sind die hier genannten zeitlichen Vorgaben nicht sehr repräsentativ für die tatsächliche Behandlungsdauer, sondern verdeutlichen zwei konfligierende Umstände: einerseits soll ein manualisiertes Behandlungsprogramm mit zeitlichen Vorga-

<sup>67</sup> Diese Angabe machten sozialtherapeutische Einrichtungen, die zusätzlich eine zweite Behandlungsphase vorgesehen haben.

ben für die therapeutische Umsetzung angewandt werden<sup>68</sup> und andererseits bestehen zeitliche Vorgaben durch die spezifische Haftzeit der Probanden und es liegen individuelle therapeutische Bedürfnisse vor.

Der Übergang von einer Phase der Behandlung zur nächsten erfolgt in 84,6 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen im Rahmen einer individuellen Planung, wobei in 7 Fällen auch die Erfüllung bestimmter Kriterien berücksichtigt wird. Eine dieser sozialtherapeutischen Einrichtungen hat eine festgelegte zeitliche Abfolge vorgesehen und drei weitere regeln den Übergang von einer Therapiephase zur nächsten über die Erfüllung von Kriterien. In den übrigen beiden Einrichtungen spielt einmal die personelle Situation eine Rolle und einmal die entsprechende Indikation. Daraus resultiert, dass in 37 sozialtherapeutischen Einrichtungen die Therapiephasen auf die individuellen Bedürfnisse und Potentiale der Klienten abgestimmt werden.

Spezielle Verbote für Sexualstraftäter, die in der Hausordnung festgelegt sind, gibt es in fünf sozialtherapeutischen Einrichtungen. Sie beinhalten ein Kontaktverbot zu früheren Opfern (4mal), ein Pornographieverbot (4mal), ein Kontaktverbot zu Zielgruppen möglicher Opfer (3mal) bzw. ein Kontaktverbot von Pädophilen untereinander (2mal).

### **C.2.11 Behandlungsparameter**

Bei den Behandlungsparametern wurde erfragt, welchen wesentlichen, handlungsleitenden Behandlungsansätzen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen gefolgt wird, welche speziellen Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter zum Einsatz kommen, welchen Themenbereichen standardmäßig einbezogen werden und welche therapeutischen Zusatzangebote vorhanden sind.

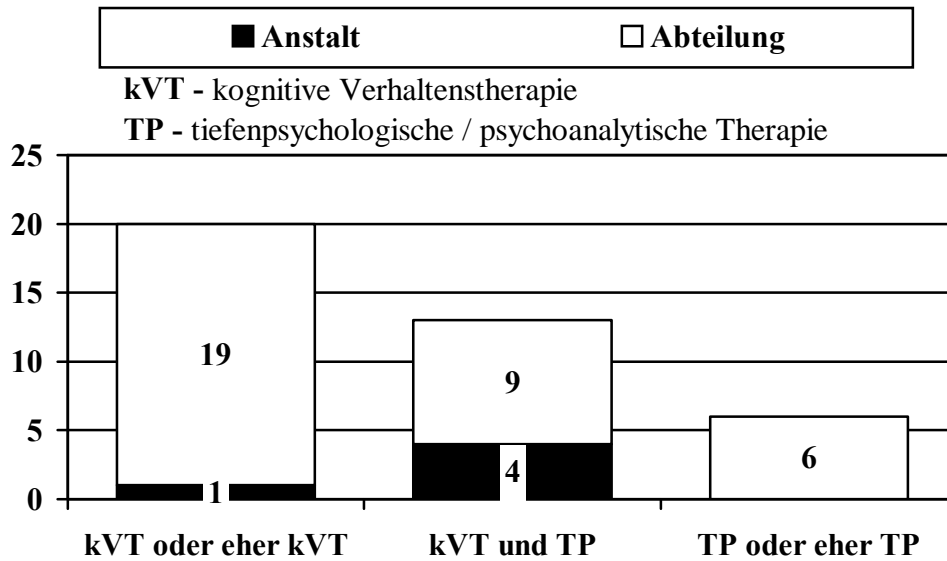
Insgesamt wird in 15 sozialtherapeutischen Einrichtungen ausschließlich der Behandlungsansatz der kognitiven Verhaltenstherapie angewandt. Die restlichen sozialtherapeutischen Einrichtungen orientieren sich auch an der kognitiven Verhaltenstherapie, setzen aber gleichzeitig bzw. teilweise auch vorrangig psychotherapeutische Methoden aus dem Bereich der Tiefenpsychologie oder Psychoanalyse ein.<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> Solche Behandlungsprogramme zeigen bessere Erfolge hinsichtlich der Legalbewährung der Straftäter (vgl. z. B. Lösel 1996, S. 264)

<sup>69</sup> Von den sechs sozialtherapeutischen Einrichtungen, die eher tiefenpsychologisch orientiert sind, liegen drei in Nordrhein-Westfalen.

Abbildung C.17: Behandlungsansätze in den sozialtherapeutischen Einrichtungen

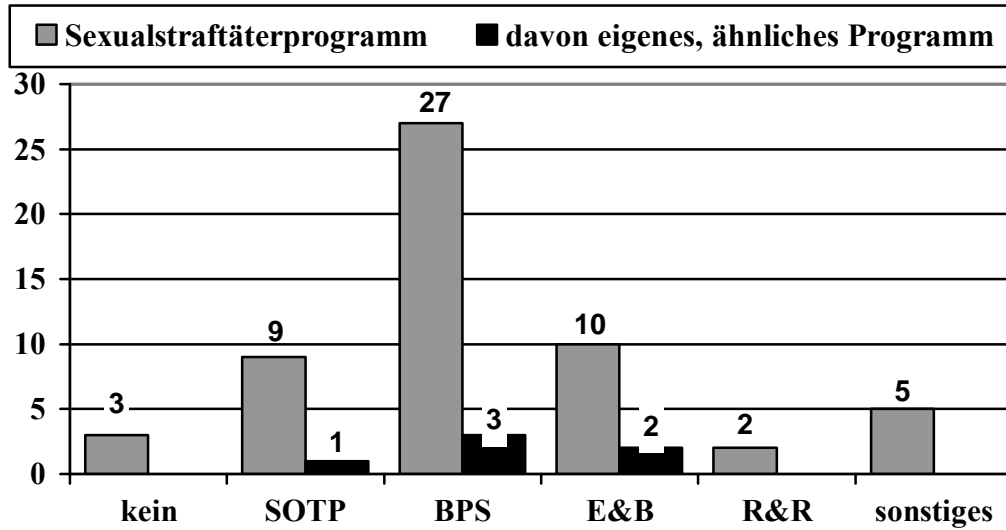


In der Tiefenpsychologie geht man von unbewussten Abläufen aus, die das Handeln ebenso handlungsweisend beeinflussen wie bewusste Denkprozesse. Gestörtes Verhalten wird dabei als Folge verborgener unbewusster Konflikte angesehen. Ziel tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapien ist nicht – wie in der Psychoanalyse – eine grundlegende Umstrukturierung des Patienten und auch keine vollständige Analyse seines bisherigen Lebens. Vielmehr sollen Veränderungen der persönlichen Haltungen und Lebensumstände erreicht werden, die zur Symptomlinderung beitragen. Zu diesem Zweck werden innere Konflikte mit anderen Menschen oder bestimmten Situationen aufgedeckt und bearbeitet (vgl. *Krech et al.* 1998, S. 136 f.; *Zimbardo & Gerrig* 1999, S. 11).

Im Gegensatz zu den tiefenpsychologisch orientierten Ansätzen stehen bei der kognitiven Verhaltenstherapie die Einstellungen, Bewertungen und Überzeugungen im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses. Verhalten resultiert aus der Wahrnehmung einer Situation und der subjektiven Beurteilung dieser. Die Bewertung der Situation ruft bestimmte Emotionen und Reaktionen hervor, die das Verhalten beeinflussen. Probleme treten dann auf, wenn dysfunktionale Kognitionen vorliegen, die im Lauf des Lebens erworben wurden. Ziel der kognitiven Verhaltenstherapie ist die Umgestaltung dieser dysfunktionalen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse, um eine Verhaltensänderung zu bewirken. Dabei wird viel Wert auf die Selbstverantwortung und Eigenaktivität des Patienten gelegt. (vgl. *Krech et al.* 1998, S. 141 f.; *Zimbardo & Gerrig* 1999, S. 13). Grundsätzlich geht es in der Sozialtherapie um Kontrolle und nicht um Heilung (z. B. *Bullens & Mähne* 1999, S. 189). Daher spielt hier vornehmlich der kognitiv behaviorale Behandlungsansatz die größere Rolle (s. Kapitel B.2.1). Dieser wird jedoch vor allem im einzeltherapeutischen Setting in manchen sozialtherapeutischen Einrichtungen um tiefenpsychologisch fundierte Ansätze erweitert.

Die folgende Abbildung stellt die Häufigkeit der in den sozialtherapeutischen Einrichtungen verwendeten Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter dar.

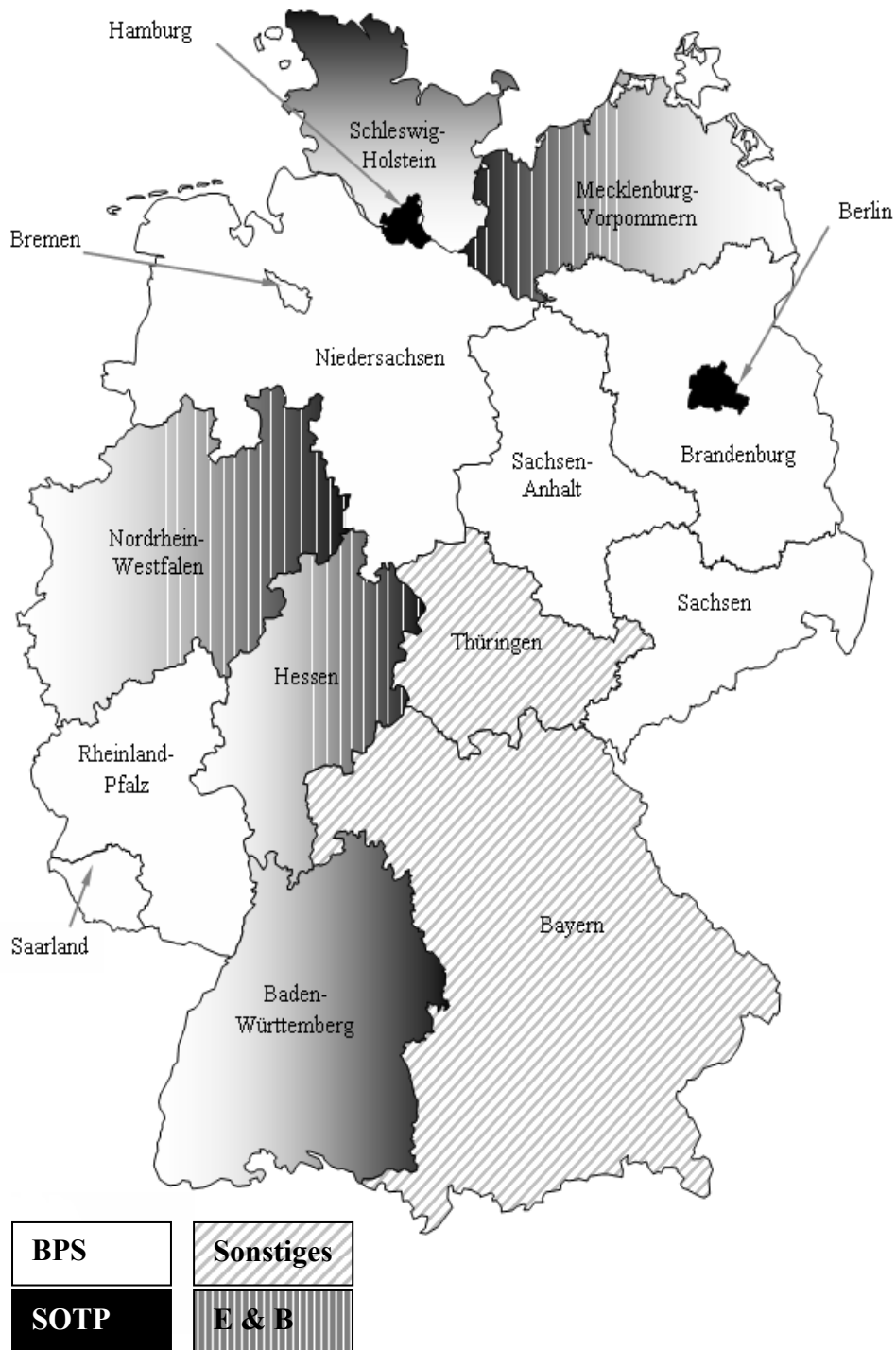
Abbildung C.18: Speziellen Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter in den sozialtherapeutischen Einrichtungen



In 22 sozialtherapeutischen Einrichtungen werden mehrere Programme für Sexualstraftäter angewandt, was zu Mehrfachnennungen führt. So wird das BPS lediglich in 15 sozialtherapeutischen Einrichtungen alleine verwendet. In vier Einrichtungen wird sogar neben dem BPS zusätzlich das SOTP angewandt. Insgesamt ist das BPS das deutlich am häufigsten vertretene Sexualstraftäterprogramm in den sozialtherapeutischen Einrichtungen. Es wird in neun Bundesländern hauptsächlich eingesetzt (vgl. Abbildung C.19).



Abbildung C.19: Übersicht über die in den einzelnen Bundesländern hauptsächlich angewandten Sexualstrafäterprogramme in den sozialtherapeutischen Einrichtungen



Eigene Sexualstraf­­täterprogramme, die sich lediglich an die überregional verbreiteten Programme anlehnen oder keine einheitliche Ausrichtung aufweisen, sind unter „sonstiges“ subsumiert. In Thüringen ist ein Sexualstraf­­täterprogramm vorhanden, das ähnlich dem SOTP ist. In Bayern werden sehr vielfältige Programme angewandt, die zum Teil an das BPS oder das Programm von *Eldridge & Bullens* (2000) angelehnt sind. In einer bayerischen sozialtherapeutischen Abteilung ist ein eigenes Sexualstraf­­täterprogramm in der Entwicklung.

Betrachtet man die Anrechnung der Therapiezeiten je nach vorhandenem Sexualstraf­­täterprogramm (Tabelle C.15), zeigt sich, dass es in den sozialtherapeutischen Einrichtungen mit SOTP üblicherweise eine partielle Anerkennung als Arbeitszeit gibt. Eine vollständige Anrechnung der Therapiesitzungen als Arbeitszeit des Gefangenen erfolgt überwiegend in Einrichtungen, die das BPS anwenden.

Tabelle C.15: Anrechnung von Therapiesitzungen je nach Sexualstraf­­täterprogramm

	Werden Therapiesitzungen als Arbeitszeit des Gefangenen angesehen?						Gesamt	
	nein		ja, teilweise		ja, vollständig			
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>kein</b>	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0
<b>BPS</b>	2	8,3	14	58,3	8	33,3	24	100,0
<b>SOTP</b>	1	12,5	6	75,0	1	12,5	8	100,0
<b>E&amp;B</b>	4	44,4	5	55,6	0	0,0	9	100,0
<b>sonst.</b>	6	54,5	5	45,5	0	0,0	11	100,0
<b>Gesamt</b>	14	25,5	31	56,4	10	18,2	55 <sup>1</sup>	100,0

<sup>1</sup> Es handelt sich um Mehrfachnennungen, da in 28 sozialtherapeutischen Einrichtungen mehrere Behandlungsprogramme für Sexualstraf­­täter zum Einsatz kommen.

Fast alle der 28 abgefragten eigenständigen Therapiethemen werden von den sozialtherapeutischen Einrichtungen in Einzel, Gruppen- oder Einzel- und Gruppensitzungen behandelt (s. Tab C.16). Zusätzlich werden von drei sozialtherapeutischen Einrichtungen als weitere eigenständige Therapiethemen die Rückfallprävention, der Umgang mit Subkulturen und Tatortbesichtigung angegeben. Lediglich eine Abteilung hat keine standardmäßigen Therapiethemen vorgesehen. In sechs sozialtherapeutischen Einrichtungen wird die Selbstverpflichtung gegenüber der Vermeidung von Rückfällen nicht als eigenständiges Thema behandelt. Von diesen sechs sozialtherapeutischen Einrichtungen sehen ebenfalls drei die Kosten-Nutzen-Bewertung der Kriminalität bzw. zwei die Reduktion devianter sexueller Erregung nicht als separates planmäßiges Therapiethema vor.

In Form von Einzelsitzungen werden am häufigsten intrapsychische Inhalte bearbeitet, wie z. B. aktuelle persönliche Beziehungen, aktuelle Konflikte und die Reduktion devianter sexueller Erregung. Demgegenüber werden im Rahmen von reiner Gruppentherapie interpersonelle Probleme (z. B. Verbesserung der sozialen Kompetenz und Kommunikation) und Wissensdefizite (z. B. Sexualerziehung, Abbau männlicher Stereotype) separat besprochen. Die meisten Themen werden jedoch standardmäßig

sowohl in Einzel- als auch in Gruppensitzungen behandelt. Hier gibt es bei über einem Drittel der sozialtherapeutischen Einrichtungen keine Unterscheidungen bezüglich des standardmäßigen Settings (entweder nur Einzel- oder nur Gruppensitzungen) der jeweils behandelten Therapiethemen: In einer sozialtherapeutischen Abteilung (Hannover) wird nur Gruppentherapie durchgeführt, während in weiteren 8 bzw. 12<sup>70</sup> sozialtherapeutischen Einrichtungen grundsätzlich „Einzel- und Gruppensitzungen“ stattfinden. Anhand der vorliegenden Daten lässt sich jedoch nicht klären, welche Themen in welchem Umfang mit welcher Methode und bei welcher Gewichtung in den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen umgesetzt werden.

*Tabelle C.16: Eigenständige Therapiethemen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen*

eigenständige Therapiethemen	gar nicht	Einzel-sitzungen	Grup-pensit-zungen	Einzel-& Grup-pen
Sexualerziehung	2	3	12	21
Umgang mit sexuellen Phantasien	0	4	3	31
Bearbeitung männlicher Rollenstereotype	2	0	7	29
Verleugnung und Bagatellisierung der Tat <sup>1</sup>	0	3	3	31
Aufbau und Förderung von Opferempathie	0	2	6	30
Intimitäts- und interpersonelle Probleme	1	7	4	26
Reduktion devianter sexueller Erregung	4	14	3	17
Vergewaltigungsmymen / kognitive Verzerrungen	2	1	7	28
Kriminalitätsfördernde Einstellungen und Haltungen	2	3	4	29
Identifikation und Umgang mit Risikofaktoren	0	2	5	31
Selbstverpflichtung gegenüber der Vermeidung von Rückfällen	6	2	3	27
Kosten-Nutzen-Bewertung der Kriminalität <sup>1</sup>	4	5	6	22
Opferempathie <sup>1</sup>	1	0	7	29
Deliktzenarien und Tathergang	0	3	6	29
aktuelle persönliche Beziehungen	0	16	1	21
aktuelle Konflikte	0	14	1	23
Stressmanagement	0	5	8	25
Ärgermanagement / Erhöhung der Frustrationstoleranz	2	6	6	24
Problemlösekompetenzen und Konfliktbewältigung <sup>1</sup>	0	1	5	31
Zurückweisung, Eifersucht und/ oder emotionale Einsamkeit	1	10	2	25
Wahrnehmung von Emotionen, Emotionsregulation / -kontrolle	0	1	5	32

<sup>70</sup> Hier wurden auch sozialtherapeutischen Einrichtungen hinzugezählt, die bei maximal zwei Themen eine andere Angabe gemacht haben.

eigenständige Therapiethemen	gar nicht	Einzel-sitzungen	Grup-pensit-zungen	Einzel-& Grup-pen
Verbesserung sozialer Kompetenz und Kommunikation	0	0	12	26
Umgang und Bearbeitung von Substanzmittelgebrauch	1	6	5	26
Vermittlung von Alltagsstrukturierung	2	10	4	22
Sozialisierungserfahrungen / gesellschaftliche Integration <sup>1</sup>	3	4	1	29
Förderung von Selbstkontrolle und Selbstinstruktion	2	5	2	29
Förderung von Selbstverantwortung <sup>1</sup>	1	4	2	30
Vermittlung eines realistischen Selbstwertgefühls	1	5	3	29
sonstige	34	1	0	3
<b>Gesamt<sup>71</sup></b>	<b>71</b>	<b>137</b>	<b>133</b>	<b>755</b>

<sup>1</sup> je eine fehlende Antwort, daher n = 37 sozialtherapeutische Einrichtungen

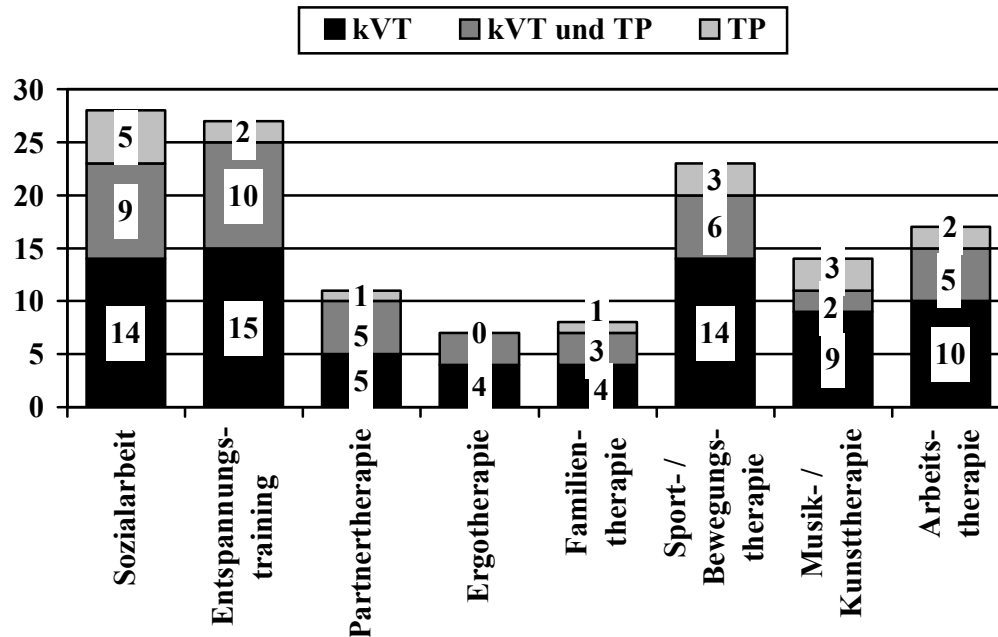
Die sehr häufige Nennung fast aller Themen überrascht insofern, dass in Abhängigkeit von der therapeutischen Ausrichtung oder des jeweiligen speziellen Behandlungsprogramms stärkere Unterschiede bei den eigenständigen Themen zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen erwartbar gewesen wären. Die wird eventuell dadurch beeinflusst, dass man versucht mit der jeweiligen Behandlungsmaßnahme möglichst viele Gefangene zu erreichen (*Schriever* 2006, S. 265). Dabei sollte viel eher auf die jeweiligen Bedürfnisstrukturen der Gefangenen geachtet werden (*Schriever* 2006, S. 265), so dass nicht immer fast alle möglichen Themen sowohl in den Einzel- als auch in den Gruppensitzungen besprochen werden. Die sozialtherapeutische Behandlung sollte vor allem in den Einzelsitzungen ein stärkeres Gewicht z. B. auf das Thema der Kosten- und Nutzenbewertung der Kriminalität legen, um individuelle Wege zu einer alternativen Lebenszielerreichung aufzuzeigen (*Suhling* 2005b).

Gerade zusätzliche Verfahren bieten erweiterte Möglichkeiten die individuellen Defizite der Klienten weiter zu bearbeiten. Diese sollten gemäß dem need principle (s. Kapitel B.3.2) auf die Bedürfnisse des Klienten zugeschnitten sein. Als zusätzliche verpflichtende Behandlungsverfahren werden meist Sozialarbeit (71,8 %), Entspannungstraining (69,2 %) und Sport- oder Bewegungstherapie (59,0 %) eingesetzt. Lediglich in einer sozialtherapeutischen Einrichtung wird die Logotherapie als zusätzliches Verfahren angewandt. Ebenfalls sind die systematische Therapie (4mal), die Ergo- (7mal) und Familientherapie (8mal) eher selten. Eine sozialtherapeutische Einrichtung bietet keine zusätzlichen verpflichtenden Maßnahmen an. Trennt man das Angebot nach der therapeutischen Ausrichtung der sozialtherapeutischen Einrichtungen, dann ergibt sich eine leicht unterschiedliche Rangreihenfolge der genannten Zusatzangebote (s. Abbildung C.20). Bei den hauptsächlich kognitiv-behavioral ausgerichteten sozial-

<sup>71</sup> Die Daten basieren auf 38 sozialtherapeutischen Einrichtungen, da eine Abteilung diese Themen nicht standardmäßig als eigenständige Therapieinhalte anbietet.

therapeutischen Einrichtungen wird am häufigsten das Entspannungstraining (15mal), gefolgt von der Sozialarbeit (14mal) und der Sport-/Bewegungstherapie (14mal) ermöglicht. Bei den gleichermaßen kognitiv-verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch orientierten sozialtherapeutischen Einrichtungen dominieren Entspannungstraining (10mal) und Sozialarbeit (9mal) als Zusatzverfahren. Demgegenüber werden in den wenigen eher tiefenpsychologisch orientierten am häufigsten ebenfalls Sozialarbeit (5mal), aber auch Musik-/Kunsttherapie (3mal) und Sport/Bewegungstherapie (3mal) angeboten.

Abbildung C.20: zusätzliche Therapieverfahren



Um jedoch ökonomisch zu arbeiten, sollten diese Zusatzangebote nicht für alle Gefangenen in gleicher Weise angeboten werden, sondern nur bei entsprechender Indikation zum Einsatz kommen. 71,8 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen setzen die Zusatzangebote individuell und bei entsprechender Indikationsstellung ein. In 14 Einrichtungen dürfen (teilweise) die Zusatzangebote ohne Bewerbungspflicht wahrgenommen werden. Lediglich in zwei sozialtherapeutischen Einrichtungen besteht eine ausschließlich auf Bewerbungspflicht beruhende Möglichkeit zur Wahrnehmung von Zusatzangeboten. Die Psychotherapie ist zwar eines der Hauptelemente der Sozialtherapie, jedoch sind die in (fast) allen sozialtherapeutischen Einrichtungen vorhandenen therapeutischen Zusatzangebote ein weiteres wichtiges Element erfolgreicher Integrativer Sozialtherapie (Schaser & Stierle 2005, S. 58).

### C.2.12 Lockerungen und Kontrollmaßnahmen

Nach der Betrachtung der therapeutischen Rahmenbedingungen und Parameter sollen nun Aspekte der Anpassung der Verhältnisse des Vollzuges an denen des Lebens in Freiheit (gemäß § 3 StVollzG) in den sozialtherapeutischen Einrichtungen näher beleuchtet werden. Dabei soll der Fokus zuerst auf den Aspekt der Kontrolle im sozialtherapeutischen Strafvollzug gerichtet sein.

Spezifische kontroll- und sicherheitsrelevante Aspekte kommen schon bei der Feststellung zum Vorschein, dass die Regelungen für eine Lockerungsgewährung von Sexualstraftätern anders sind als für sonstige Straftäter. Spezifische Vorschriften über die Gewährung von Lockerungen von Sexualstraftätern gibt es in zwölf Bundesländern<sup>72</sup>. Hausinterne Regelungen hierzu gibt es in einem Drittel der sozialtherapeutischen Einrichtungen (13mal), von denen nur die sozialtherapeutische Teilanstalt Tegel diese ersatzweise für landesspezifische Vorschriften hat. Die übrigen sozialtherapeutischen Einrichtungen aus Bundesländern ohne spezifische Regelungen zur Lockerung von Sexualstraftätern haben auch keine eigenen hausinternen Vorschriften. Die länderspezifischen Regelungen enthalten Angaben über die notwendigen Gutachten (Doppelbegutachtungserlässe) und die möglichen Zeitpunkte zur Antragsstellung in Hinblick auf die Gesamtfreiheitsstrafe (Halbstrafenverbüßung). Demgegenüber finden sich in den hausinternen Vorschriften entweder auch zeitliche Angaben hinsichtlich der zuvor in notwendiger Weise absolvierten Therapiemodule bzw. erreichten Therapiefortschritte oder es wird ein Zustimmungsvorbehalt des Anstaltleiters festgeschrieben.

Da gem. § 11 StVollzG eine Prüfung der Lockerungseignung des Gefangenen notwendig ist, ergab sich die Frage an die sozialtherapeutischen Einrichtungen, inwiefern diese schriftlich erfolgt, d. h. ob es eine schriftliche Begutachtung für Sexualstraftäter gibt und ob diese extern und/oder intern durchgeführt wird. Speziell für Sexualstraftäter soll die Prüfung der Eignung entsprechend den Verwaltungsvorschriften zu § 11 StVollzG besonders gründlich durchgeführt werden.

Bis auf zwei sozialtherapeutische Einrichtungen, in denen eine psychologische Stellungnahme ausreicht, wird die Lockerungseignung durch schriftliche Gutachten geprüft (s. Tabelle C.17).<sup>73</sup> Hierfür werden in der Mehrheit der Einrichtungen (20mal) sowohl externe als auch interne Gutachten für die Entscheidung herangezogen, was aus den oben ausgeführten Anforderungen der länderspezifischen oder hausinternen Regelungen für die Gewährung von Lockerungen für Sexualstraftäter entspricht.

---

<sup>72</sup> Keine solchen länderspezifischen Vorschriften haben Berlin, Bremen (keine eigene sozialtherapeutische Einrichtung), Hessen und Sachsen.

<sup>73</sup> Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat Mindestanforderungen für die Erstellung von Prognosegutachten definiert. Siehe *Boetticher et al.* 2006.

Tabelle C.17: Art der schriftlichen Begutachtung zur Überprüfung der Eignung von Sexualstraf Tätern für Vollzugslockerungen

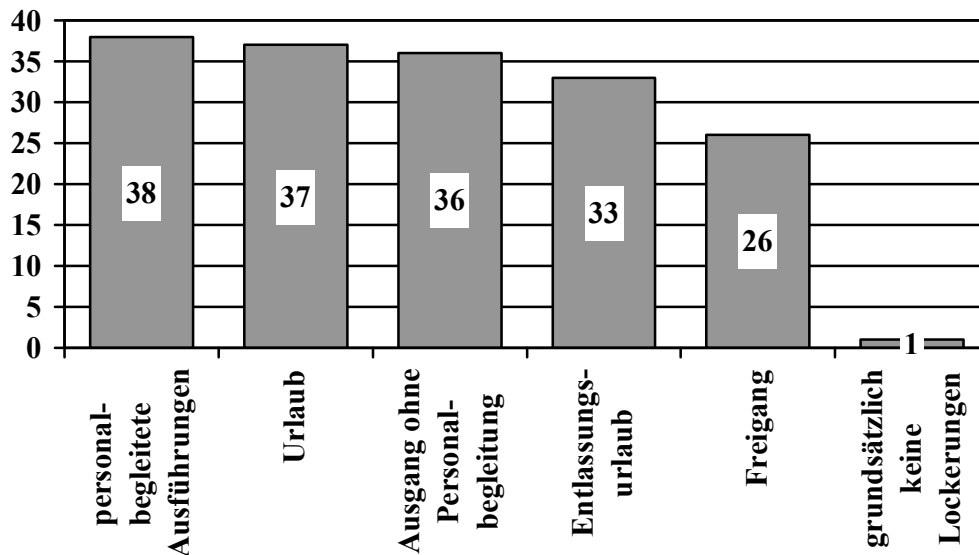
interne Begutachtung	interne und externe Begutachtung	externe Begutachtung	keine Begutachtung
8	20	9	2

Die Praxis der doppelten Begutachtung erhöht die Sicherheit der korrekten Einschätzung des Gefangenen bezüglich seiner Lockerungseignung. Speziell die externen Gutachten sind jedoch mit höheren Kosten verbunden als die neben dem Tagesgeschäft von Therapeuten der sozialtherapeutischen Einrichtung selbst angefertigten Gutachten. Ferner zeichnen sich die externen Gutachten durch eine höhere Objektivität aus. Die Gutachten von internen Therapeuten weisen (unbewusste und bewusste) Verzerrungen auf, wenn es um die Beurteilung des eigenen behandlerischen Erfolges und das Vertrauen gegenüber dem Klienten geht (Endres 2002, S. 311; Tondorf 2000, S. 172). Auch andere Therapeuten aus der Einrichtung können den zu begutachtenden Gefangenen nicht komplett unabhängig beurteilen, da sie durch Supervisionen und Konferenzen schon gewisse Vorinformationen und Voreinstellungen zu dem Klienten haben (Tondorf 2000, S. 172). Andererseits haben die Behandler einen tieferen und gründlicheren Einblick in die Persönlichkeit und Risikopotentiale als externe Sachverständige. Daher sind Doppelbegutachtungen besser geeignet, um über die Eignung eines Straftäters zur Lockerung des Vollzuges zu urteilen.

Vollzugslockerungen sind ein wichtiges Mittel in der Sozialtherapie, um den Klienten eine Erprobung ihrer neu erlernten Kompetenzen und Fähigkeiten zu ermöglichen. Auftretende Probleme bei Vollzugslockerungen können direkt in der Therapie besprochen und bearbeitet werden und verstärken so den Lerneffekt. Wird den Gefangenen diese Möglichkeit zur Erprobung nicht gegeben, ist die Gefahr, mit Rückschlägen nach der Haftentlassung nicht umgehen zu können, recht groß (Dinkel 1998). In einer bayerischen sozialtherapeutischen Abteilung ist jedoch keine eigene Durchführung von Vollzugslockerungen möglich. Sie befindet sich in einem Hochsicherheitsgefängnis, wodurch es sehr aufwendig wäre, diese selbst umzusetzen. Daher werden Gefangene, die Zulassungen zu Lockerungen bekommen, in eine andere Einrichtung verlegt. Dieses Vorgehen ist jedoch als sehr problematisch anzusehen, da der schützende Rahmen der Sozialtherapie wegfällt, wenn der Gefangene zuvor verlegt werden muss. Einerseits fallen für den Gefangenen die vertrauten Ansprechpartner weg, um auftretende Probleme besprechen zu können, und andererseits kann das zuständige neue Personal die individuellen Verhaltensweisen und Warnsignale nicht so verlässlich interpretieren wie die bisherigen Betreuer. In diesem Fall bestätigt sich die Dominanz des traditionellen Regelvollzuges gegenüber unselbständigen sozialtherapeutischen Abteilungen (Alex 2006, S. 105; Rehn 2004, S. 200). Können im Rahmen der sozialtherapeutischen Behandlungen grundsätzlich keine eigenen Lockerungsmaßnahmen mit den Klienten durchgeführt werden, kann man weniger von einer tatsächlichen sozialtherapeutischen Einrichtung sprechen, sondern man hat es viel mehr mit einer „behandlungsorientierten Abteilung des Regelvollzuges“ zu tun (Rehn 2008).

Alle übrigen sozialtherapeutischen Einrichtungen ermöglichen zumindest eigene personalbegleitete Ausführungen. Mit steigendem Lockerungsgrad sinkt jedoch die Anzahl der Einrichtungen, die diese Formen der Vollzugslockerungen ermöglichen. So liegt der Anteil der sozialtherapeutischen Einrichtungen, die einen Freigang grundsätzlich ermöglichen, bei zwei Dritteln (s. Abb. C.21).

Abbildung C.21: Grundsätzlich mögliche Vollzugslockerungen



Hinsichtlich der grundsätzlichen Lockerungsmöglichkeiten bestehen Unterschiede zwischen den Anstalten und den unselbständigen Abteilungen. Während in allen Anstalten grundsätzlich alle Formen der Lockerung des Vollzuges umsetzbar sind, bestehen in den Abteilungen teilweise Defizite. Dies hängt teilweise mit personellen, aber eher noch mit räumlichen Sachzwängen zusammen. Neben den o. g. Fall, dass die Unterbringung die Durchführung von Lockerungen verhindert, besteht häufig das Problem, dass es keine separaten Unterbringungsmöglichkeiten für gelockerte Klienten gibt. Speziell für Freigänger sollten jedoch aus organisatorischen und vollzuglichen Gründen separate Räumlichkeiten vorhanden sein (Ullenbruch 2005, Rn. 11 zu § 11 StVollzG). Daher ist Freigang gem. § 11 Abs. 1 Nr. 1 StVollzG nur in 21 von 34 sozialtherapeutischen Einrichtungen möglich. Gefragt wurde hier lediglich nach der prinzipiellen Option auf die verschiedenen Arten von Vollzugslockerungen. Wie häufig diese angewandt werden, lässt sich den Daten nicht entnehmen. Ergänzt werden kann aber mittels der in der Stichtagserhebung Sozialtherapie vom 31.03.2006 erhobenen personenbezogenen Daten zu selbständigen Lockerungen, dass der Anteil derjenigen, die keine selbständigen Lockerungen erhielten, mit 74,7 % den höchsten Anteil seit 1997 ausweisen (vgl. Hinz 2006, S. 23).

Die in den letzten Jahren zunehmend restriktivere Lockerungspraxis (vgl. Dünkel & Geng 2007a, S. 16 f.) erschwert die Reintegration der Straftäter deutlich. Nicht nur die



Erprobungsmöglichkeiten fallen weg, sondern es ergeben sich auch weitere Probleme bei der Arbeits- und Wohnungssuche (Schaser & Stierle 2005, S. 78).<sup>74</sup> Auch erhöht sich durch die seltenere Gewährung von Vollzugslockerungen für (Sexual-)Straftäter der Anteil der false positives, d. h. zunehmend mehr Gefangene müssen länger im Strafvollzug inhaftiert bleiben, da sie ihre Ungefährlichkeit nicht im Rahmen von Vollzugslockerungen unter Beweis stellen konnten und in der Folge seltener eine vorzeitige Entlassung gewährt bekommen (Dünkel 2004; Feest 2005; Seifert, Bolten & Möller-Mussavi 2003, S. 134). Die seltenere Zulassung von Straftätern zu vollzugslockernden Maßnahmen wird aber nicht nur durch die Angst vor spektakulären medienwirksamen Rückfällen von Straftätern bedingt, sondern ist auch eine Folge von Kürzungen im Strafvollzug (Böhm 2006, S. 16). Dadurch dass Personal fehlt, können seltener begleitete oder beaufsichtigte Lockerungsmaßnahmen durchgeführt werden, die jedoch die Vorstufe für selbständige Lockerungen darstellen.

Voraussetzung für die Gewährung von Lockerungen bei Sexualstraftätern ist die Durchführung einer Gefährlichkeitsüberprüfung. Hierfür sollten möglichst viele Aspekte berücksichtigt werden, um die Sicherheit der Allgemeinheit zu schützen. In den sozialtherapeutischen Einrichtungen werden durchschnittlich 8 verschiedene Themen im Rahmen einer solchen Überprüfung einbezogen (m=8,3; Minimum=3, Maximum=10, s=1,3 Themen). Die Themen reichen von Gefahren der Begehung von Straftaten in bestimmten Deliktbereichen über die Gefahr eines Suchtmittelkonsums<sup>75</sup>, bis zur Gefahr der Selbstverletzung. Der zuletzt genannte Punkt wird aber nur in jeder zweiten sozialtherapeutischen Einrichtung berücksichtigt (s. Tabelle C.18).

Tabelle C.18: Themen bei der Gefährlichkeitsüberprüfung

Themen der Gefährlichkeitsüberprüfung <sup>1</sup>	Anzahl	%
Fluchtgefahr	37	100,0
Gefahr des Suchtmittelkonsums	36	97,3
Überprüfung von Risikosituationen	37	100,0
Gefahr eines erneuten Sexualdeliktes	36	97,3
Gefahr eines nicht-sexuellen Gewaltdeliktes	35	94,6
Gefahr irgendeines anderen neuen Deliktes	34	91,9
Gefährdung von Angehörigen	34	91,9
Gefährdung der Allgemeinheit	35	94,6
Gefahr der Selbstverletzung	19	51,4
sonstige Punkte der Gefährlichkeitsüberprüfung	2	5,4

<sup>1</sup> Eine sozialtherapeutische Abteilung kann keine Lockerungen selbst durchführen, weshalb auch keine diesbezügliche Gefährlichkeitsüberprüfung notwendig ist. Eine weitere sozialtherapeutische Abteilung hat die Überprüfungspunkte nicht festgelegt, sondern überprüft ggf. alle genannten Aspekte. Daher beruhen die Zahlen auf den Nennungen der übrigen 37 sozialtherapeutischen Einrichtungen.

<sup>74</sup> Vgl. hierzu Kapitel C.2.13.

<sup>75</sup> Suchtmittel und speziell Alkohol erhöhen die Gefahr eines Rückfalls enorm (s. Stadland & Nedopil 2003).

Zusätzlich zu den in der Tabelle aufgeführten Punkten werden in zwei sozialtherapeutischen Einrichtungen<sup>76</sup> mögliche Gefährdungen für Opfer und die Nicht-Einhaltung von Weisungen berücksichtigt. Die Gefährlichkeitsüberprüfung im Rahmen der Gewährung von Vollzugslockerungen fällt also insgesamt sehr umfangreich und vielseitig aus. Als relevant werden aber überwiegend potentielle Fremdgefährdungen erachtet und weniger Eigengefährdungen.

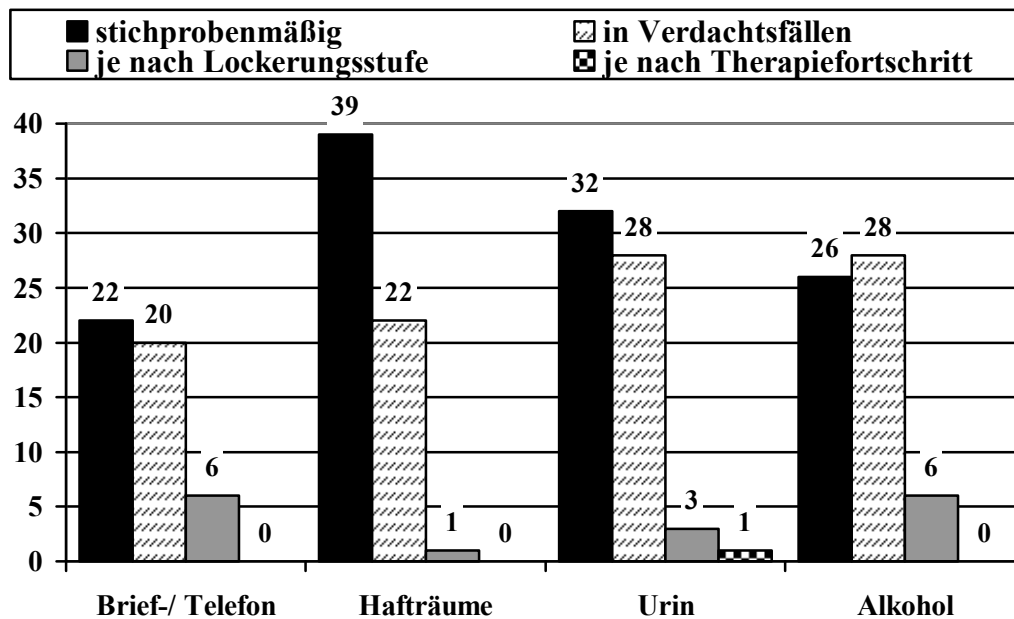
In der Sozialtherapie soll Verantwortung für das eigene Handeln erlernt und erlebt werden. Um aber die Sicherheit – auch in einer sozialtherapeutischen Einrichtung des Justizvollzuges – gewährleisten zu können und für die Einhaltung von Pflichten zu sorgen, sind Kontrollen unabdingbar. Diese sind für bestimmte Bereiche des Vollzugsalltags im Strafvollzugsgesetz geregelt.<sup>77</sup> Die standardmäßigen Bereiche solcher Kontrollen sind Hafträume, Brief- und Telefonkontakte sowie Suchtmittelkonsum. Die Umsetzung der Kontrollen kann in unterschiedlicher Weise erfolgen. Neben stichprobenmäßigen oder anlassbezogenen Proben sind speziell in der Sozialtherapie auch an Lockerungsstufen oder Therapiefortschritten gekoppelte Anwendungen denkbar. Diese Möglichkeiten werden jedoch selten bis gar nicht genutzt (s. Abb. C.22). Lediglich eine sozialtherapeutische Einrichtung macht die Urinkontrolle vom Therapiefortschritt abhängig.

---

<sup>76</sup> Unter „sonstige Punkte der Gefährlichkeitsüberprüfung“ subsumiert.

<sup>77</sup> So ist z. B. in § 84 StVollzG die Durchsuchung von Hafträumen geregelt.

Abbildung C.22: Durchführung von Kontrollen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen



Die in § 84 Abs. 1 StVollzG geregelte Untersuchung von Hafträumen wird in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen stichprobenmäßig durchgeführt. Zusätzlich wird diese in 22 sozialtherapeutischen Einrichtungen auch bei Verdachtsfällen eingesetzt. Alle hier genannten Kontrollen werden am häufigsten stichprobenmäßig und/oder in Verdachtsfällen durchgeführt. Die Kontrolle je nach Lockerungsstufe oder nach Therapiefortschritt spielt eine sehr untergeordnete Rolle. Kontrollmaßnahmen werden also nicht an persönliche Leistungen und Verhaltensweisen der Gefangenen geknüpft. Somit nimmt die Risikovermeidung nicht nur in den Justizvollzugsanstalten des Regelvollzuges eine hohe Priorität ein, sondern auch in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Suhling 2007, S. 151).

### C.2.13 Schule, Arbeit Freizeit

Ein hoher Anteil der Sexualstraftäter zeichnet sich – wie die meisten anderen Delinquenten auch – durch fehlende berufliche Ausbildungen und mangelnde Alltagsstrukturierung aus (vgl. Nebe & Wieczorek 2000). Aus diesem Grund muss sich die Sozialtherapie auch mit Möglichkeiten zur Berufsausbildung und Freizeitgestaltung auseinandersetzen. Ein Angebot an verschiedenen Schulabschlüssen und Berufsausbildungen hat zwei positive Aspekte bei der Straftäterbehandlung (vgl. Fasselt 1977): Einerseits können durch die erfolgreiche Absolvierung einer Schul- oder Berufsausbildung die Delinquenten die Erfahrung der Selbstwirksamkeit machen, die ein wichtiger Bestandteil kognitiv-behavioraler Behandlungsmethoden ist (Lösel & Bender 1997;

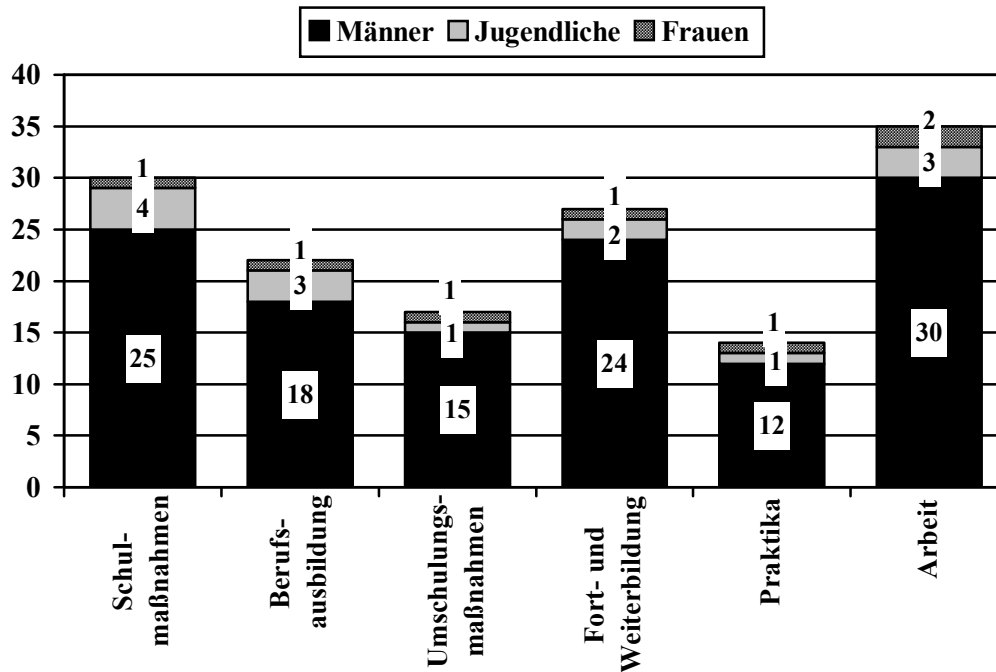
*Suhling* 2005b, S. 291). Andererseits steigen durch die Ausbildung die Chancen nach der Entlassung ein dauerhaft geregeltes Leben zu führen, in dem der Alltag strukturiert ist, Schulden abgebaut werden können und beruflich bedingte Frustrationen (z. B. durch Arbeitslosigkeit) vermieden werden können. Hinzu kommt, dass durch eine gute berufliche oder schulische Qualifizierung, die Chancen einen vollzugsexternen Arbeits- oder Ausbildungsplatz bereits während der Haftzeit zu finden, größer sind. Das Vorhandensein einer Arbeitsstelle ist eine Voraussetzung für die Gewährung eines Freigangs gem. § 11 Abs. 1 Nr.1 StVollzG. Hier kommt es zu einer doppelten negativen Selektion der Gefangenen hinsichtlich ihrer Legalbewährungsprognose. Schlechte berufliche und schulische Qualifikationen führen einerseits dazu, dass sie seltener im Strafvollzug entsprechend gefördert werden (*Wirth* 2004) und kaum Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben, und andererseits können sie aufgrund fehlender extramuraler Beschäftigungen nicht an bestimmten Lockerungsmaßnahmen teilnehmen. Bei einem Gefangenen ohne Arbeit und ohne vorherige (unbeaufsichtigte) Lockerungen fällt jedoch die Prognose über die Legalbewährung schlechter aus, so dass auch kaum eine vorzeitige Entlassung für denjenigen in Frage kommt (vgl. *Ortmann* 2002, S. 327).

Als Beschäftigungsmaßnahmen zur Strukturierung des Alltags und zur (Weiter-)Qualifizierung bieten fast alle sozialtherapeutischen Einrichtungen<sup>78</sup> die Möglichkeit zu arbeiten (35mal) bzw. an Schulmaßnahmen (30mal) teilzunehmen an. Praktika, die nur extramural absolviert werden können und daher lockerungsabhängig sind, und Umschulungsmaßnahmen sind dagegen seltener möglich (14mal bzw. 17mal). Bei den Beschäftigungsmaßnahmen gibt es je nach Klientel eine unterschiedliche Gewichtung (s. Abb. C.23). Beim Männerstrafvollzug werden Arbeit (90,9 %), gefolgt von Schulmaßnahmen (75,8 %) und Fort- und Weiterbildung (72,7 %), von den sozialtherapeutischen Einrichtungen angeboten. Demgegenüber rangieren in den vier befragten sozialtherapeutischen Einrichtungen des Jugendstrafvollzugs Schulmaßnahmen (4mal) vor Arbeit (3mal) und Berufsausbildungen (3mal). Bei den beiden sozialtherapeutischen Abteilungen für weibliche Gefangene besteht in lediglich einer Abteilung ein Beschäftigungsangebot über reine Arbeit hinausgehend.

---

<sup>78</sup> Eine sozialtherapeutische Einrichtung konnte keine Angaben machen, da die genannten Beschäftigungsmaßnahmen lediglich im Rahmen entsprechender Vollzugslockerungen ermöglicht werden können. Die Fallzahl beläuft sich somit auf n=38.

Abbildung C.23: Beschäftigungsmaßnahmen



Von den hier genannten sechs möglichen Beschäftigungsmaßnahmen werden in den sozialtherapeutischen Einrichtungen durchschnittlich knapp vier ( $m=3,82$ ;  $\min:1$ ,  $\max:6$ ,  $s=1,8$ ) angeboten. Hier gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen der Größe bzw. Kapazität der sozialtherapeutischen Einrichtung und der Angebotsvielfalt von Beschäftigungsmaßnahmen: je größer die Einrichtung, desto mehr Angebote können gemacht werden (klein:  $m=3,17$ ,  $\min:1$ ,  $\max:6$ ,  $s=1,7$ ; mittel:  $m=4,14$ ,  $\min:1$ ,  $\max:6$ ,  $s=2,1$ ; groß:  $m=4,5$ ,  $\min:2$ ,  $\max:6$ ,  $s=1,6$ ). Gerade die neueren kleinen sozialtherapeutischen Abteilungen, die auf Sexualstraftäter spezialisiert sind, haben daraus resultierend die wenigsten Beschäftigungsmöglichkeiten für ihre Klienten. Hier können im Durchschnitt nur knapp 3 Beschäftigungsmaßnahmen ( $m=2,9$ ,  $\min:1$ ,  $\max:6$ ,  $s=1,6$ ) angeboten werden. Je mehr Angebote vorhanden sind, desto mehr kann gemäß dem need principle (Andrews *et al.* 1990) ein auf die speziellen (schulischen, beruflichen und sozialen) Defizite der einzelnen Klienten zugeschnittenes Beschäftigungsprogramm umgesetzt werden. Relevant ist aber nicht nur, dass die einzelnen Angebotsoptionen bestehen, sondern welche konkreten Offerten für die Delinquenten gemacht werden können.

Ein weiteres Betätigungsfeld ist in 23 sozialtherapeutischen Einrichtungen die Mitarbeit an der Gefangenenzeitschrift. Ferner kann neben Haus- und Hofarbeiten in fast allen sozialtherapeutischen Einrichtungen (35) auch handwerklichen Beschäftigungen haus- oder vollzugsintern nachgegangen werden.

Bei den Schulmaßnahmen, die in 30 sozialtherapeutischen Einrichtungen möglich sind, wird am häufigsten der Erwerb eines Hauptschulabschlusses (25mal) angeboten, um dafür zu sorgen, dass die Insassen überhaupt einen Schulabschluss erwerben, um später die Möglichkeit zu erhalten, eine Berufsausbildung zu absolvieren.<sup>79</sup> Das Angebot eines Fernstudiums in 24 sozialtherapeutischen Einrichtungen ist mit dem geringsten Aufwand für das Personal verbunden und erlaubt für Insassen mit einem selbstständigen Arbeitsstil eine sehr individuelle Bildungsmöglichkeit. Hier fällt eher auf, dass dieses Angebot nicht in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen gemacht wird, obwohl es so kostengünstig in der Durchführung ist. Der Alphabetisierungskurs an dritter Stelle der Schulmaßnahmen ist nicht nur eine Voraussetzung für die weitere schulische Förderung und Qualifizierung, sondern auch eine Art Selbstzweck der Sozialtherapie, da nur mit einem Mindestmaß an Schreib- und Lesekenntnissen einige Therapieelemente durchgeführt werden können. Das betrifft z. B. die Führung von Tagebüchern, die Erstellung von Feedbackbögen usw., die eine gewisse Sprachkompetenz erfordern.

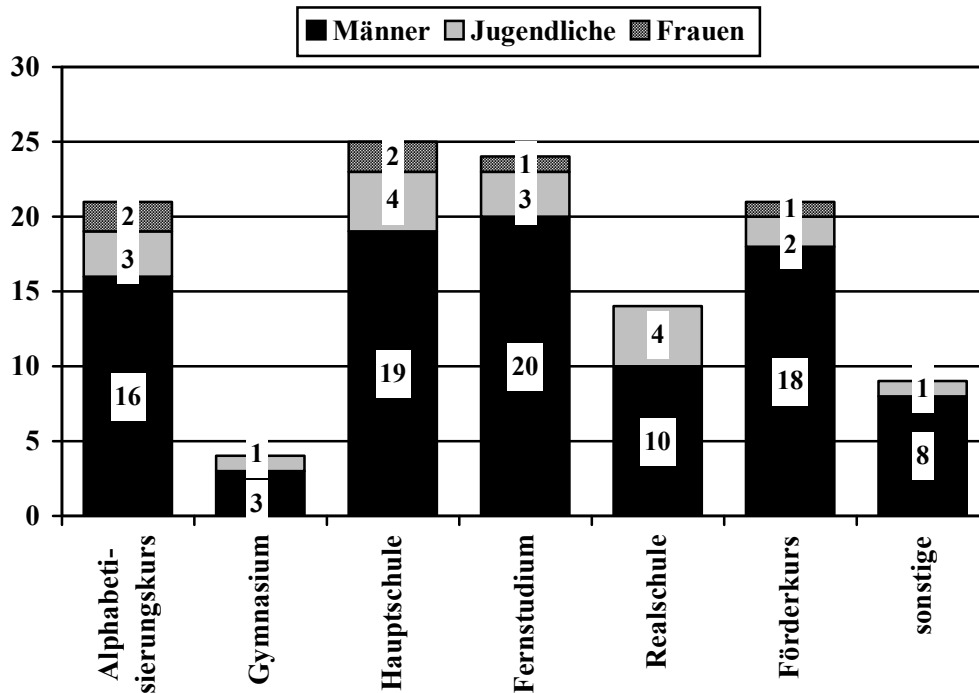
*Tabelle C.19: Höchster möglicher Schulabschluss*

höchstwertige Schulungsmaßnahme	Klientel			Gesamt
	Jugendliche	Männer	Frauen	
keine	0	6	0	6
Förderkurs	0	7	0	7
Hauptschule	0	9	2	11
Realschule	3	7	0	10
Gymnasium	1	3	0	4
nur Fernstudium	0	1	0	1
<b>Gesamt</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>39</b>

Betrachtet man die angebotenen Schulmaßnahmen getrennt nach der Klientel der sozialtherapeutischen Einrichtungen, ergeben sich hier ebenfalls Unterschiede. Der sozialtherapeutische Jugendstrafvollzug konzentriert sich bei der Schulausbildung auf die Realschule bzw. in einem Fall auf das Gymnasium als höchst mögliche Abschlussform, wohingegen den weiblichen Gefangenen maximal eine Möglichkeit auf einen Hauptschulabschluss angeboten wird. Im Strafvollzug der Männer findet sich eine hohe Bandbreite an Angeboten, aber auch sechs sozialtherapeutische Einrichtungen, die gar keine Schulmaßnahmen anbieten. Die Angebotsstruktur reicht von Einrichtungen, die höchstens Förderkurse (7mal) oder nur ein Fernstudium (1mal) anbieten bis zu drei sozialtherapeutischen Einrichtungen, die sogar eine gymnasiale Ausbildung (3mal) ermöglichen könnten (s. Tab. C.19 und Abb. C.24).

<sup>79</sup> Die meisten Straftäter habe keine abgeschlossene Schulausbildung, was einer erfolgreichen Integration hinderlich ist. Zur Thematik der Schul- und Berufsausbildung im Strafvollzug: s. *Wirth* 2006a.

Abbildung C.24: Schulabschlüsse nach Klientel



Mit dem Angebot von Schulmaßnahmen geht die Frage nach der Gewichtung der Schule gegenüber der Arbeit in den sozialtherapeutischen Einrichtungen einher. Schulungsmaßnahmen können sowohl als höher- oder gleichwertig aber auch als unbedeutender eingestuft werden. Die Existenz einer Regelung zur Befreiung von der Arbeitspflicht zugunsten von Schulmaßnahmen, d. h. eines Modells „Schule statt Arbeit“, kann über die unterschiedlichen Gewichtungen Aufschluss geben. Schulische Maßnahmen fördern genauso wie Arbeit die weitere Qualifizierung für die berufliche Reintegration der Gefangenen und sorgen für eine sinnvolle Alltagsstrukturierung. Unter diesen beiden Aspekten wären sie als gleichwertig anzusehen. In 27 sozialtherapeutischen Einrichtungen gibt es auch ein solches Modell „Schule statt Arbeit“. Hierbei handelt es sich um alle sozialtherapeutischen Einrichtungen für junge Straftäter, 22 sozialtherapeutischen Einrichtungen für Männer und eine für Frauen. Lediglich in drei der 30 sozialtherapeutischen Einrichtungen, die Schulmaßnahmen anbieten, gibt es kein solches Modell.

Aber nicht nur eine Sicherstellung der schulischen Ausbildung, sondern auch die bedarfsorientierte Berufsausbildung nimmt einen sehr hohen Stellenwert bei der erfolgreichen Reintegration der Straftäter ein. Das Angebot sollte einerseits auf die Fähigkeiten der Klientel in den sozialtherapeutischen Einrichtungen abgestimmt sein und andererseits der Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt entsprechen. Die Chancen für eine positive Legalbewährung steigen mit zunehmender beruflicher Qualifizierung und einer nach der Entlassung passenden Arbeitsstelle (Ortmann 2002, S. 327; Wirth 2003, S. 312). Hinzu kommt die Problematik, dass die meisten entlassenen Straftäter häufig

nicht im Einzugsgebiet der Justizvollzugsanstalt nach einer Wohnung und Arbeit suchen. Aus diesen Befunden heraus entstand vor 10 Jahren in Nordrhein-Westfalen ein landesweites Modellprojekt, das mittlerweile in verschiedenen Justizvollzugsanstalten fest etabliert ist (Wirth 2003, S. 316).<sup>80</sup> Die „Marktorientierte Ausbildungs- und Beschäftigungsintegration für Straftatlassene“ (MABiS) füllt damit eine wichtige Lücke zur Erhöhung der Legalbewährungswahrscheinlichkeit.

Bezüglich der Berufsausbildung kann man auch in den sozialtherapeutischen Einrichtungen Länderpräferenzen feststellen: Alle sozialtherapeutischen Einrichtungen in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Saarland und Schleswig-Holstein sowie die Mehrheit in Bayern und Niedersachsen bieten diverse Berufsausbildungen an. In Nordrhein-Westfalen und Sachsen ist nur in der Minderheit der sozialtherapeutischen Einrichtungen eine Berufsausbildung möglich und in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen gibt es keinerlei haus- oder vollzugsinterne berufliche Ausbildungsoptionen.

Berufsausbildungen können hausintern, vollzugsintern oder vollzugsextern erfolgen und liegen damit in unterschiedlicher Verantwortlichkeit und Organisation. Haus- oder vollzugsinterne Berufsausbildungen stellen an das sozialtherapeutische Personal andere Anforderungen als vollzugsexterne. Letztere ziehen einen höheren Arbeitsaufwand nach sich, haben aber den Vorteil, dass die Ausbildung alltagsnäher erfolgt. Getrennt nach den verschiedenen Ausbildungsorten und Fachrichtungen ergibt sich folgendes Bild in den sozialtherapeutischen Einrichtungen: Hausintern können nur 8 sozialtherapeutische Einrichtungen eine Berufsausbildung anbieten. 14 weitere Einrichtungen können ihre Insassen zumindest vollzugsintern ausbilden. In den restlichen sozialtherapeutischen Einrichtungen sind lediglich extramurale Berufsausbildungen im Rahmen von Vollzugslockerungen möglich bzw. zwei sozialtherapeutische Einrichtungen aus Rheinland-Pfalz geben zusätzlich an, dass nur über eine Verlegung in die JVA Zweibrücken eine Berufsausbildung erfolgen kann. Hier ist also ebenfalls keine zeitlich parallel zur Sozialtherapie stattfindende Berufsausbildung durchführbar. Somit besteht in insgesamt nur 22 sozialtherapeutischen Einrichtungen die Möglichkeit einer haus- oder vollzugsinternen Berufsausbildung. Angesichts der Erkenntnisse über die reintegrative Wirkung von beruflicher Qualifikation und Arbeitsmarktchancen, ist dies zu wenig.

Am häufigsten werden Ausbildungen in den klassischen handwerklichen Bereichen ermöglicht (s. Tabelle C.20). Zwischen den haus- und vollzugsinternen Ausbildungsberufen gibt es in zwei Bereichen Unterschiede. Vollzugsintern sind die Ausbildungsberufe aus dem Bereich der Bauwirtschaft (Maler, Maurer, Bauten- und Objektbeschichter, Fliesenleger etc.) und der Gastronomie (Koch, Bäcker, Küchenhilfe etc.) deutlich stärker vertreten als hausintern in den sozialtherapeutischen Einrichtungen. Dies wird durch die entsprechenden Größe und Bedürfnisse der Stammanstalt mitbeeinflusst, da in den gegenüber den Regelvollzugsanstalten meist kleinen sozialtherapeutischen Einrichtungen keine eigene Großküche oder Bauwerkstatt notwendig sind. Dementsprechend fehlen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen das passende (Ausbildungs-)Personal und die geeigneten Räumlichkeiten.

---

<sup>80</sup> Weitere Informationen unter: <http://www.mabis-net.de/startdateien/index.htm>.



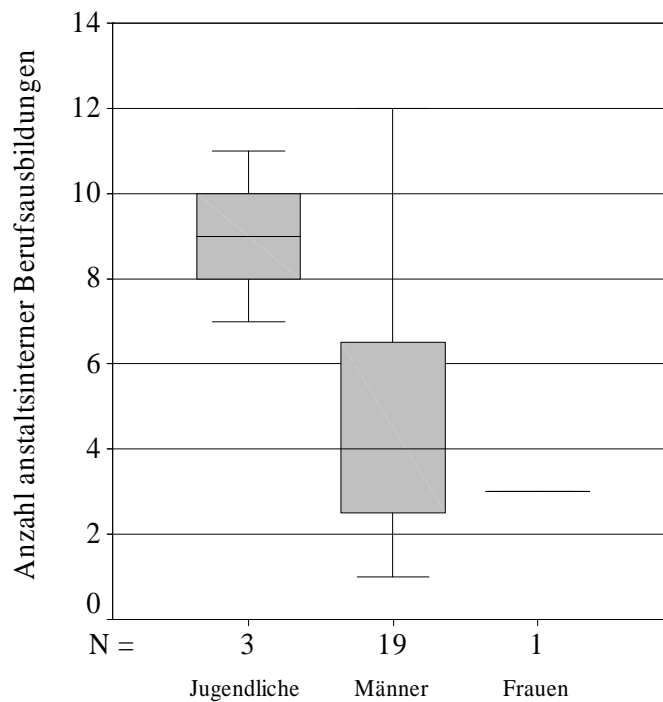
Tabelle C.20: Haus- und vollzugsinterne Ausbildungsmöglichkeiten

Berufsausbildung aus dem Bereich	hausintern (n=8)		vollzugsintern (n=14)		Gesamt (n=22)	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Metall- und Holzverarbeitung	7	87,5	9	64,3	16	72,7
Mechanische Berufe	6	75,0	9	64,3	15	68,2
Bauwirtschaft	4	50,0	10	71,4	14	63,6
Gastronomie	3	37,5	8	57,1	11	50,0
Technische Berufe	3	37,5	6	42,9	9	40,9
Garten- und Landschaftsbau	2	25,0	3	21,4	5	22,7
Verlagswesen	2	25,0	3	21,4	5	22,7
Textilverarbeitung	0	0,0	3	21,4	3	13,6
Lager und Produktion	0	0,0	2	14,3	2	9,1
EDV	0	0,0	1	7,1	1	4,5

Aber nicht nur im inhaltlichen Bereich der intramuralen Berufsausbildungen gibt es Unterschiede, sondern auch in der quantitativen Angebotsstruktur. So kann hausintern zwischen durchschnittlich 4 Ausbildungsberufen gewählt werden, während vollzugsintern im Mittel 6 verschiedene Ausbildungsmöglichkeiten bestehen. Somit profitieren manche unselbständige Abteilungen von ihrer Zugehörigkeit zu einer größeren Stammanstalt, da ohne größeren Aufwand die beruflichen Qualifizierungsangebote mitgenutzt werden können.<sup>81</sup> Intramural kann somit in den 22 sozialtherapeutischen Einrichtungen zwischen einer und 12 verschiedenen, im Durchschnitt 5, Ausbildungsberufen gewählt werden. Das Angebot für die jungen Straftäter ist dabei deutlich größer als das für männliche oder weibliche Insassen (s. Abb. C.25).

<sup>81</sup> Dies betrifft aber nicht nur die unselbständigen sozialtherapeutischen Abteilungen, da auch die Anstalt in Kassel berufliche Angebote der unmittelbar benachbarten Justizvollzugsanstalt mitnutzt.

Abbildung C.25: Anzahl möglicher Berufsausbildungen nach Klientel



Vollzugsexterne Berufsausbildungen können im Rahmen der Sozialtherapie nur unter zwei Bedingungen umgesetzt werden: erstens muss der Delinquent eigenständig oder durch die Agentur für Arbeit eine Ausbildungsstelle finden, da es kaum regelmäßige Ausbildungskooperationen zwischen ortsansässigen Unternehmen und der sozialtherapeutischen Einrichtungen gibt und zweitens muss der Klient sich in der entsprechenden Lockerungsstufe befinden, d. h. je nach sozialtherapeutischer Einrichtung im Freigang gem. § 11 Abs. 1 Nr. 1 StVollzG oder in Dauerbeurlaubung gem. § 124 StVollzG. Da diese Lockerungsformen einen hohen Grad an Eigenverantwortung des Klienten erfordern, werden diese wenn überhaupt meist erst zu einem späten Therapiezeitpunkt möglich sein. Damit verkürzt sich aber die Zeit in der der Insasse noch vor Ort ist bevor er entweder entlassen oder in eine andere JVA verlegt wird. Es besteht also nicht nur die Schwierigkeit als verurteilter Straftäter eine Ausbildungsstelle auf dem Arbeitsmarkt zu finden, sondern auch ein Zeitproblem, wenn man von einer zwei- bis dreijährigen Ausbildungszeit ausgeht. Damit sind die Hürden für eine vollzugsexterne Ausbildung sehr hoch gesteckt und ihre Umsetzung stellt vermutlich eher die Ausnahme dar. Hierzu fehlen aber entsprechende empirische Erkenntnisse.

Umschulungen sind haus- oder vollzugsintern in 19 sozialtherapeutischen Einrichtungen möglich. Durchschnittlich werden vier verschiedene Umschulungen angeboten. Diese entsprechen dem bereits dargestellten Angebot an Berufsausbildungen und werden daher hier nicht näher ausgeführt.

Arbeit kann fast allen Insassen angeboten werden. Insgesamt hatten 92,3 % (85,5 % innerhalb und 6,8 % außerhalb) der Gefangenen zum 31.03.2006 eine Arbeitsstelle.<sup>82</sup> Die Mehrheit der Gefangenen ohne Arbeit waren unverschuldet arbeitslos (77,1 %). Die übrigen Insassen waren entweder von der Arbeit freigestellt (15,1 %) oder selbst verschuldet ohne Arbeit (7,8 %). Die durchschnittliche Arbeitszeit betrug zum Stichtag in den meisten sozialtherapeutischen Einrichtungen 7 bis 8 Stunden ( $m=7,4$ ,  $min:4$ ,  $max: 8,5$ ,  $s=0,9$ ). Hier gab es keine Unterschiede zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen mit jungen Straftätern, Männern oder Frauen. Deutliche Differenzen gab es aber zum 31.03.2006 bezüglich der Zeit, die die Gefangenen sich frei in den sozialtherapeutischen Einrichtungen bewegen dürfen. In den beiden sozialtherapeutischen Einrichtungen für weibliche Gefangene können sich die Klientinnen rund um die Uhr frei in den Abteilungen bewegen. Bei den Männern beträgt die durchschnittliche Aufschlusszeit ca. 14,5 Stunden bzw. am Wochenende drei Stunden weniger, d. h. 11,5 Stunden. Die geringsten Aufschlusszeiten haben jedoch die Klienten des sozialtherapeutischen Jugendstrafvollzuges. Sie haben lediglich knapp 11,5 Stunden im Mittel Zeit zur freien Bewegung auf den Stationen bzw. in den Abteilungen und am Wochenende sogar nur knapp 7,5 Stunden (s. Tabelle C.21).

Tabelle C.21: Aufschlussdauer nach Klientel der sozialtherapeutischen Einrichtungen

	Stunden freie Bewegung			Stunden freie Bewegung Wochenende		
	Jugendliche	Männer	Frauen	Jugendliche	Männer	Frauen
N	4	33	2	4	32	2
Mittelwert	11,3	14,4	24,0	7,4	11,5	24,0
Standardabweichung	5,6	2,9	0,0	4,8	3,9	0,0
Minimum	3,0	6,0	24,0	2,0	5,5	24,0
Maximum	15,3	24,0	24,0	13,5	24,0	24,0

Im Gegensatz zum normalen Strafvollzug soll in der Sozialtherapie Eigenverantwortlichkeit erlernt werden und die Lebensumstände dem Alltag außerhalb des Vollzuges angepasst werden. Um aber die Sicherheit im Behandlungsvollzug zu gewährleisten müssen auch bestimmte restriktive Elemente vorhanden sein. Hier gilt es, die richtige Balance zwischen Kontrolle und Freiheit zu finden. Die restriktiveren Aufschlusszeiten bei den jungen Klienten könnten durch eine geringere Normanpassungsfähigkeit bedingt sein, d. h. sie brauchen mehr normative Kontrolle, da sie sonst schneller dazu neigen Freiheiten auszunutzen, um Regeln zu brechen (*Brisinski, Alsleben* 2000, S. 6 f.).

Allgemein wird bis auf den Frauenstrafvollzug die Aufschlusszeit an den Wochenenden in den sozialtherapeutischen Einrichtungen verringert, da dort üblicher Weise weniger Personal zu Verfügung steht, um während der Aufschlusszeiten für die

<sup>82</sup> In der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle sind außerhalb von arbeitstherapeutischen Maßnahmen keine weiteren Arbeitsangebote vorgesehen. Daher beziehen sich die entsprechenden Angaben nur auf 38 sozialtherapeutische Einrichtungen.

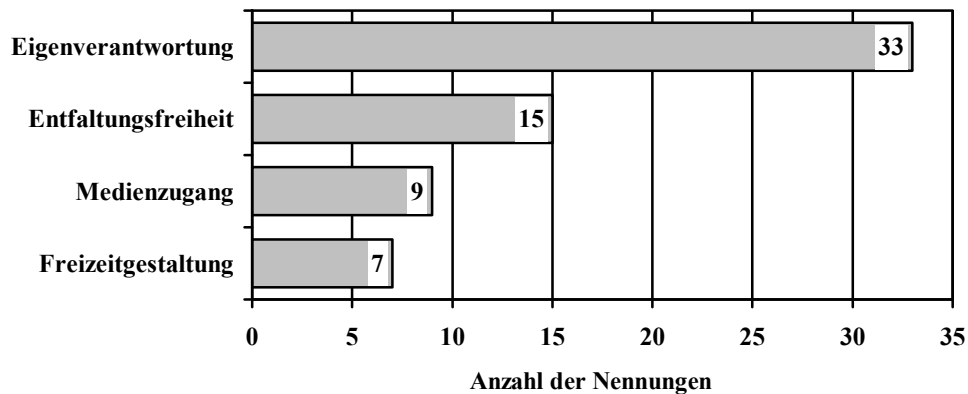
Sicherheit und Regeleinhaltung zu sorgen (*Kreuzer 2006*).

Zur Strukturierung des Alltags und zur Förderung sozialer Kompetenzen werden in den sozialtherapeutischen Einrichtungen auch verschiedene regelmäßige Sport- und Freizeitgruppen angeboten. Zwei sozialtherapeutische Abteilungen haben keinerlei Sportgruppen für Gefangene. Als regelmäßige Sportgruppen werden meist die Ballsportarten Fußball oder Volleyball angeboten (25mal). Regelmäßige sportliche Aktivitäten fördern das körperliche Bewusstsein und ermöglichen die Erfahrung der Selbstwirksamkeit. Zusätzlich werden durch die Teamsportarten weiterhin soziale Kompetenzen gefördert. In 19 sozialtherapeutischen Einrichtungen wird zusätzlich auch Kraftsport regelmäßig angeboten, obwohl es sich dabei um eine Einzelsportart handelt. Kraftsport fördert zwar ebenfalls das Körperbewusstsein, doch bei Straftätern mit einer gestörten sexuellen Identität führen übermäßige Bodybuildingübungen zu einer Kompensation, die für den therapeutischen Prozess eher hinderlich ist (*Beier, Bosinski & Loewit 2005*). Daher wird in einigen sozialtherapeutischen Einrichtungen der Zugang zu den Kraftsportgeräten zeitlich limitiert.

Neben den regelmäßigen Sportgruppen gibt es in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen haus- oder vollzugsinterne Freizeitgruppen. Sie reichen vom künstlerischen Bereich (Chor, Instrumentalkurs, Seidenmalerei etc.) über Gesellschaftsspielgruppen (Schach, Skat, Darts etc.) und hauswirtschaftliche Beschäftigungen (z. B. „Kochen hinter Gittern“) bis hin zu Mediengruppen (Computer- und Videokurse etc.). Insgesamt ist die Palette an Freizeitgruppen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen sehr breit angelegt und weist mit durchschnittlich 4 verschiedenen Freizeitgruppen auch eine gute Auswahlmöglichkeit für die Gefangenen auf.

Aber nicht nur die Teilnahmemöglichkeiten an Sport- oder Freizeitgruppen sind Teil der sozialtherapeutischen Behandlung und führen zu einer besseren Angleichung der vollzuglichen Verhältnisse an ein Leben in Freiheit (§ 3 Abs. 1 StVollzG), sondern es werden in den sozialtherapeutischen Einrichtungen – soweit möglich – weitere Bedingungen zur Normalisierung geschaffen. Die weiteren Angleichungsmaßnahmen lassen sich in vier Bereiche einteilen (s. Abbildung C.26).

Abbildung C.26: Bereiche der Angleichung der Lebensverhältnisse



Der Bereich der Eigenverantwortung ist in den 33 sozialtherapeutischen Einrichtungen dadurch gekennzeichnet, dass sie ihren Insassen einen (meist bargeldlosen) eigenverantwortlichen Einkauf ermöglichen. Zusätzlich wurde von 10 Einrichtungen genannt, dass die Insassen Bargeld in begrenztem Maße zur Verfügung haben. Ferner müssen sich die Gefangenen teilweise selbst um ihre Kleidung (Wäsche und Pflege) und ihre Ernährung (Kochen und Aufräumen) kümmern. Unter den Bereich der Entfaltungsfreiheit fällt, dass u. a. Privatkleidung (11 Nennungen) getragen werden und eigene Bettwäsche benutzt werden darf und dass jeder ein abschließbares Kühlfach besitzt. Der Medienzugang bezieht sich auf Tageszeitungen, freier Zugang zum Telefon und zum Fernseher.<sup>83</sup> Vier unselbständige Abteilungen geben jedoch an, dass sie keine über das im traditionellen Regelvollzug hinausgehende Maß zusätzlichen Bedingungen zur Angleichung schaffen können, da sie zu stark organisatorisch in die Stammanstalt eingebunden sind. Hier dominiert der Regelvollzug die sozialtherapeutischen Einrichtungen zu stark, so dass ein wichtiges Fundament der Sozialtherapie fehlt (Rehn 2008).

Neben den genannten Elementen für eine Angleichung der Lebensverhältnisse zeichnet sich das Gemeinschaftsleben in erster Linie durch regelmäßige Wohngruppenvollversammlungen aus (33 Nennungen). In den Plenen werden gemeinsame Freizeitveranstaltungen und -aktivitäten geplant (24 Nennungen) und Aufgaben verteilt (14 Nennungen). Ferner geben 5 sozialtherapeutische Einrichtungen an, dass in den meist wöchentlichen Wohngruppensitzungen auch Wohngruppensprecher gewählt oder Konflikte innerhalb der Gruppe geklärt werden.<sup>84</sup>

<sup>83</sup> Gerade bei der Nutzung von Fernsehgeräten gibt es sehr unterschiedliche Handhabungen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen. So ist es in einem Teil der sozialtherapeutischen Einrichtungen nicht möglich, in den Hafträumen einzelne Fernsehgeräte zu haben, sondern es gibt nur einen Gemeinschaftsfernseher in einem Aufenthaltsraum, in anderen ist dies jedoch erlaubt.

<sup>84</sup> Weitere Differenzierungen der Angaben zum Angleichungsgrundsatz und der Organisation des Gemeinschaftslebens lassen sich aufgrund der offenen Fragestellungen nicht in sinnvoller Weise vornehmen.

### C.2.14 Außenkontakte der Insassen

Das Recht auf Besuch ist in § 24 StVollzG geregelt. Danach darf jeder Gefangene regelmäßig mindestens eine Stunde pro Monat Besuch empfangen. Speziell bei der Integrativen Sozialtherapie nehmen die Außenkontakte der Insassen einen hohen Stellenwert ein, da die sozialen (Außen-)Netzwerke ein wichtiger Schutzfaktor vor einem Rückfall sein können und auch die Reintegration nach der Entlassung vereinfachen (Ortmann 2002, S. 309). Daher besteht ein ureigenes Interesse in den sozialtherapeutischen Einrichtungen positive Kontakte der Klienten zu fördern. Durchschnittlich sind 5 Besuche von insgesamt knapp 8 Stunden pro Monat in den sozialtherapeutischen Einrichtungen planmäßig vorgesehen, was deutlich über dem eben genannten gesetzlich vorgeschriebenen Mindestmaß liegt. Bei der Besuchsregelung zeigen sich aber auch deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen: selbständige Anstalten haben großzügigere Regelungen als Abteilungen (12 Besuche/22 Besuchsstunden pro Monat vs. 4 Besuche/6 Besuchsstunden pro Monat; s. Tabelle C.22).

Tabelle C.22: Planmäßige Besuchsmöglichkeiten

	planmäßige Besuche pro Monat		planmäßige Besuchsstunden pro Monat	
	Anstalt	Abteilung	Anstalt	Abteilung
N	4	30	4	29
Mittelwert	11,8	4,0	22,0	5,9
Standardabweichung	9,7	2,9	20,7	5,5
Minimum	2,0	2,0	2,0	1,5
Maximum	25,0	16,0	50,0	24,0

Dies wird u. a. durch die räumlichen Kapazitäten der Abteilungen bedingt sein, da 21 sozialtherapeutische Abteilungen die Besuchsräume gemeinsam mit der Stammanstalt nutzen müssen (vgl. Kap. C.2.4) und somit nur zeitlich begrenzt über diese verfügen können. Aber auch wenn eigene Besuchsräume vorhanden sind, können diese vor allem in kleineren Abteilungen nicht so großzügig genutzt werden, wie in größeren sozialtherapeutischen Einrichtungen. Die liegt in erster Linie an dem notwendigen Personal, das bei den Besuchszeiten zur Verfügung stehen muss. In kleineren Abteilungen, in denen der Kapazität angemessen auch entsprechend weniger Mitarbeiter zur Verfügung stehen, hat das Fehlen eines Beamten des Allgemeinen Vollzugsdienstes stärkere Auswirkungen, da er andere Tätigkeiten nicht zeitgleich durchführen kann. Folglich ist es ökonomischer, die Besuchszeiten im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten zwar der Ideologie der Sozialtherapie entsprechend großzügiger als vom Gesetz vorgeschrieben zu gestalten, aber entsprechend der geringeren Mitarbeiteranzahl in kleineren Einrichtungen sind mehr Einschränkungen als die größeren sozialtherapeutischen Einrichtungen vorzunehmen. So beträgt die planmäßige durchschnittliche Besuchsstundenanzahl in kleinen sozialtherapeutischen Einrichtungen 5,2 h, in mittleren Einrichtungen 6,6 h und in großen sogar 13,0 h.

Klientenspezifisch gibt es lediglich wie bei den Aufschlusszeiten eine deutlich großzügigere Besuchsregelung mit durchschnittlich 12 planmäßigen Besuchsstunden pro Monat für weibliche Gefangene während zwischen den männlichen erwachsenen und jungen Gefangenen mit 7,5 h kein Unterschied besteht.

Vor dem ersten Besuch erfolgt in 15 Einrichtungen (38,5 %) eine Kontaktaufnahme mit dem Besucher, um meist die Eignung des Besuchers einschätzen zu können (9mal) oder den Besucher in die Behandlung mit einzubeziehen (4mal). Differenziert man nach dem Klientel in den sozialtherapeutischen Einrichtungen, lässt sich feststellen, dass eine vorherige Kontaktaufnahme nur in Einrichtungen für männliche Erwachsene stattfindet, nicht jedoch bei weiblichen oder jungen Gefangenen. Keinerlei Unterschiede gibt es zwischen Einrichtungen mit hohem oder geringerem Sexualstrafäteranteil.

Die Möglichkeit von Langzeitbesuchen besteht in 16 sozialtherapeutischen Einrichtungen, ebenfalls unabhängig von einer Spezialisierung auf Sexualstrafäter. Es lassen sich aber erneut klientenspezifische Differenzen ausmachen. In den sozialtherapeutischen Abteilungen für Frauen sind keine Langzeitbesuche und bei den jungen Straftätern ist lediglich in einer Abteilung diese Besuchsform vorgesehen. Nur im sozialtherapeutischen Strafvollzug der erwachsenen Männer kann in fast jeder zweiten Einrichtung (15 von 33) ein Langzeitbesuch erfolgen. Jedoch erfolgt in den meisten Einrichtungen, die Langzeitbesuche ermöglichen, eine vorherige Kontaktaufnahme mit dem Besucher (10mal). Speziell bei Sexualstrafätern, die meist Defizite und Störungen im Sexual- und Beziehungsverhalten aufweisen, spielen Langzeitbesuche zur Förderung der Beziehungsfähigkeit eine große Rolle (vgl. *Buchert, Metternich & Hauser* 1995). Grundsätzlich ist eine großzügige Besuchsregelung und die Möglichkeit von Langzeitbesuchen ein wichtiger Bestandteil, den Vollzug lebensnäher zu gestalten (*Schaser & Stierle* 2005, S. 59 f.). Leider scheinen in vielen sozialtherapeutischen Einrichtungen die räumlichen Möglichkeiten zur Umsetzung von Langzeitbesuchen zu fehlen, so dass an dieser Stelle Defizite bestehen. Leider liegen auch keine Angaben vor, unter welchen Voraussetzungen Langzeitbesuche möglich sind und ob es besondere Regelungen für Sexualstrafäter gibt. Über die Häufigkeit und die Dauer der Langzeitbesuche liegen wiederum Daten vor. Einmal pro Monat besteht sehr einheitlich in den sozialtherapeutischen Einrichtungen die Möglichkeit für einen Langzeitbesuch. Umso uneinheitlicher ist aber die maximale Dauer eines solchen Besuches. Sie schwankt von maximal 2 bis 8 Stunden und beträgt im Mittel 4,5 Stunden. Wenn es auch keine Unterschiede bei der grundsätzlichen Möglichkeit zu Langzeitbesuchen zwischen den komplett auf Sexualstrafäter spezialisierten Einrichtungen gibt, so gibt es sie bei der maximal möglichen Dauer eines Langzeitbesuches. Einrichtungen mit einem Sexualstrafäteranteil von bis zu 50 % gewähren eine Maximallangzeitbesuchsdauer von durchschnittlich 7 Stunden, sozialtherapeutischen Einrichtungen mit einem Sexualstrafäteranteil von über 50 % bis 75 % ermöglichen maximal 5 Stunden und auf Sexualstrafäter spezialisierte Einrichtungen lediglich 3,4 Stunden. Hierbei ist die längere Langzeitbesuchsdauer nicht von der Größe der sozialtherapeutischen Einrichtung oder der Klientel abhängig.

Gem. § 27 Abs. 1 StVollzG ist eine Besuchsüberwachung grundsätzlich zur Gewährleistung der Sicherheit erlaubt. Unterhaltungen bei den Besuchen dürfen jedoch nur in

begründeten Einzelfällen akustisch überwacht werden (§ 27 Abs.1 Satz 2 StVollzG). Im Bereich der Sozialtherapie kann eine Besuchüberwachung zur Gewinnung von Informationen über die Persönlichkeit des Klienten und seiner Verhältnisse genutzt werden, auch wenn sich diese negativ auf das therapeutische Klima auswirken kann (*Schwind* 2005, Rn. 8bb zu § 27 StVollzG). Diese Bestimmung wird in den sozialtherapeutischen Einrichtungen unterschiedlich umgesetzt. Die Mehrheit (61,5 %) überwacht die Besuche immer, ein Viertel (25,6 %) nur bei Indikation und die übrigen 12,8 % haben keine Besuchsüberwachung vorgesehen. Auch hier ist der Umgang mit den jungen Gefangenen strenger geregelt als im sonstigen sozialtherapeutischen Strafvollzug, da bei diesen immer eine Besuchüberwachung erfolgt. In der Sozialtherapie für erwachsene Männer wird hingegen in 4 Einrichtungen keine, in 9 Einrichtungen nur bei Indikation und in den restlichen 20 Einrichtungen ebenfalls immer eine Besuchsüberwachung vorgenommen. Bei den Frauen wird lediglich in einer sozialtherapeutischen Einrichtung nur bei Indikation eine solche veranlasst.

Klienten, die keine extramuralen Kontakte zu Verwandten, Freunden oder Bekannten haben, können von ehrenamtlichen Helfern in den sozialtherapeutischen Einrichtungen profitieren. Sie stellen ein Bindeglied zwischen dem Leben im Strafvollzug und der „Außenwelt“ dar und haben dadurch nicht nur eine positive Wirkung auf die Insassen, sondern wirken auch als perspektivisches Korrektiv für das Personal (*Müller-Marsell* 2003, S. 161 f.). Aufgrund der genannten positiven Aspekte ist es erfreulich, dass in der Mehrheit der sozialtherapeutischen Einrichtungen ehrenamtliche Helfer tätig sind (28mal). Sie werden zur Begleitung bei Lockerungen, als Besuch oder Briefkontakte für Gefangene oder zur Betreuung einzelner Gefangener auch über den Entlassungszeitpunkt hinaus eingesetzt (10mal). Seltener fungieren sie als nichttherapeutische Gruppenleiter für verschiedene Freizeitgruppen (11mal) und führen Schulden- oder Suchtberatungen (3mal) durch. In den restlichen sozialtherapeutischen Einrichtungen werden keine ehrenamtlichen Helfer eingesetzt, weil es entweder keine geeigneten Interessenten gibt (6mal) oder aber kein Bedarf besteht (5mal).

### **C.2.15 Nachgehende Betreuung (Nachsorge)**

Die nachgehende Betreuung ist in § 126 StVollzG geregelt, wonach die Zahl der Fachkräfte für die sozialtherapeutische Anstalt so zu bemessen ist, dass auch eine nachgehende Betreuung gewährleistet ist, soweit diese anderweitig nicht sichergestellt werden kann.

Rund 46 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen besitzen ein ausgearbeitetes Konzept zur Nachsorge. Dies erscheint angesichts des gesetzlichen Auftrages zu einer nachgehenden Betreuung und der Erkenntnisse über die Rückfallprävention (vgl. Kapitel D) deutlich zu gering.



Eine Kooperation zwischen der sozialtherapeutischen Einrichtung und der Bewährungshilfe gibt es in 97 % der Einrichtungen, wobei diese in 11 der Einrichtungen nur in Einzelfällen und in den übrigen 27 in systematischer Form besteht. Die systematische Kooperation mit der Bewährungshilfe erhöht die Möglichkeiten für eine angemessene Form der Betreuung des jeweiligen Sexualstraftäters, wenn der Bewährungshilfe Informationen zu Risikofaktoren und -situationen vorliegen (vgl. *Macke & Schendler* 1998). Gleichzeitig kann aber auch die sozialtherapeutische Einrichtung von dieser Form der Kooperation profitieren, indem sie Rückmeldungen über die Entwicklung der ehemaligen Probanden bekommt. Die Zusammenarbeit in Einzelfällen bietet nicht diese breite Möglichkeit, die Entwicklung des ehemaligen Klienten positiv zu festigen, ermöglicht aber bei Problemfällen in gewissem Grad korrektiv eingreifen zu können, bevor es zu einem Rückfall kommt. Bei der Zusammenarbeit der Bewährungshilfe und der sozialtherapeutischen Einrichtung gibt es Unterschiede zwischen den Bundesländern. Ausschließlich systematisch ist die Kooperation in Baden-Württemberg, in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein geregelt. In den übrigen sieben Bundesländern existieren sowohl systemische Formen der Zusammenarbeit als auch lediglich einzelfallbezogene Kooperationen.

Bei der nachgehenden Betreuung durch die sozialtherapeutischen Einrichtungen soll inhaltlich nach konkreten Entlassungsvorbereitungen und therapeutischer Nachsorge unterschieden werden. Unter Entlassungsvorbereitungen fallen Dinge wie z. B. die Vermittlung einer Wohnung oder Arbeitsstelle (*Schaser & Stierle* 2005, S. 197), wohingegen sich Nachsorgemaßnahmen auf eigene therapeutische Angebote oder aber die Vermittlung an externe Therapeuten beziehen (*Wischka* 2005, S. 223).

Als konkrete Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung werden von den sozialtherapeutischen Einrichtungen in erster Linie Hilfestellung bei der Wohnungs- und Arbeitsuche (55,5 %), Kontaktherstellung zu externen Therapeuten, Informationen an die Bewährungshilfe (50,0 %) und die Gestaltung und Klärung des sozialen Empfangsraumes (33,3 %) genannt. Die Hilfe bei der Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche durch die sozialtherapeutische Einrichtung ist besonders wichtig, da in diesen Bereichen die ersten Schwierigkeiten für eine erfolgreiche Reintegration auftreten können.

Die Nachbetreuung wird meist durch einzelne Therapiesitzungen für einen begrenzten Zeitraum (44,4 %) umgesetzt. Diese starke Einschränkung der therapeutischen Nachsorge resultiert aus finanziellen und personellen Problemen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (*Schaser & Stierle* 2005, S. 2). Zusätzlich gibt es bestimmte Ansprechpartner für Betreuer und die Bewährungshilfe. Ein Drittel der sozialtherapeutischen Einrichtungen halten regelmäßigen telefonischen Kontakt zu den Ex-Klienten bzw. führen Hausbesuche durch. Darüber hinaus wird ebenfalls wie bei der Krisenintervention die Möglichkeit zur freiwilligen Wiederaufnahme des ehemaligen Klienten gem. § 125 StVollzG als Nachbetreuung (19,4 %) angesehen. Spezielle Notfallambulanzen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen gibt es nicht, aber es werden neben der freiwilligen Wiederaufnahme auch Notfallgespräche angeboten.

Insgesamt zeichnet sich ein sehr uneinheitliches Bild bei der nachgehenden Betreuung durch die sozialtherapeutische Einrichtung ab, das nur rudimentär geeignet erscheint, Behandlungserfolge nachhaltig zu sichern.

### C.2.16 Dokumentation und Forschung

Der letzte Themenbereich betrifft das Qualitätsmerkmal der Dokumentation. Eine standardisierte Dokumentation der Behandlungsfälle erfolgt nur in 41,0 % der sozialtherapeutischen Einrichtungen. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass 59,0 % der Einrichtungen keine vergleichbaren Dokumentationen zur ihren Behandlungsfällen erstellen lassen. Damit kann die Dokumentation z. B. aus bloßen Notizzetteln bestehen, die als Informationsgrundlage für spätere Behandlungen (beispielsweise durch die Verlegung in eine andere sozialtherapeutische Einrichtung) nicht geeignet sind. Auch für eine eventuelle Prozessevaluation in der jeweiligen sozialtherapeutischen Einrichtung können sich Probleme bei der Vergleichbarkeit der Daten ergeben, und Behandlungseffekte lassen sich nur schwer auf bestimmte therapeutische Rahmenbedingungen zurückführen. Durch die mangelnde Dokumentation wird sowohl Eigen- als auch eine Fremdkontrolle unmöglich. Die Dokumentation der Behandlungsfälle zeichnet sich wie die nachgehende Betreuung durch Länderpräferenzen aus. Landesweite Dokumentationen erfolgen in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz<sup>85</sup>. Keine regelmäßige, systematische Erfassung der Behandlungsfälle in Form einer Dokumentation gibt es in Berlin, Brandenburg, Hessen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. In den restlichen vier Bundesländern ist die Praxis in den sozialtherapeutischen Einrichtungen unterschiedlich.

Auch hinsichtlich der organisatorischen Eigenschaften der sozialtherapeutischen Einrichtungen ergeben sich Unterschiede: sowohl die neueren (36 % versus 50 %) als auch die kleineren (27,8 % versus 59 % der mittleren bzw. 53,8 % der großen) Einrichtungen führen seltener eine fallweise Dokumentation der Behandlungsfälle durch. Ferner gibt es nur in den sozialtherapeutischen Einrichtungen für erwachsene Männer überhaupt partiell eine entsprechende Dokumentation.

Eine Prozessevaluation zur Weiterentwicklung des Behandlungskonzeptes fand in den letzten 5 Jahren lediglich in 17 sozialtherapeutischen Einrichtungen statt. Die meisten Evaluationsstudien im sozialtherapeutischen Strafvollzug sind als Wirksamkeitsstudien zur Erfolgsmessung der Behandlung konzipiert und seltener als Projekte zur direkten Verbesserung eines spezifischen Behandlungsprogramms/-konzeptes.<sup>86</sup>

---

<sup>85</sup> Rheinland-Pfalz ist an das Dokumentationssystem von Niedersachsen angeschlossen (*Händel* 2005, S. 92).

<sup>86</sup> Weitere Ausführungen zur Evaluation in der Sozialtherapie finden sich in Kapitel E.

### C.3 Fazit

Rahmenbedingungen und Konzeptionen der sozialtherapeutischen Einrichtungen unterscheiden sich, wie zu sehen war, enorm voneinander. Es gibt kaum Möglichkeiten einheitliche Gruppen zu finden und diese gegenseitig abzugrenzen. Lediglich in Teilbereichen der Behandlungsmaßnahmen (spezielle Behandlungsprogramme und therapeutische Ausrichtung etc.) und Organisationsstruktur (Anstalt vs. Abteilung, Haftplatzkapazität, Klientel etc.) kann man Trennungen vornehmen, die hier im Einzelnen nicht erneut ausgeführt werden sollen. Diese Heterogenität erscheint einer ebenfalls so heterogen ausgeprägten Straftätergruppe wie den Sexualstraftätern gerade angemessen sein, da es kein sozialtherapeutisches Behandlungskonzept für „den“ Sexualstraftäter geben kann und ein solches auch keinen Sinn ergeben würde, wenn man die drei Prinzipien von *Andrews et al.* berücksichtigen will (*Egg 1995; Schaser & Stierle 2005, S. 31*). Etwas konzeptlos erscheint die Sozialtherapie im Justizvollzug, wenn es um die Auswahl der diagnostischen und prognostischen Informationen über die Klienten und um die als eigenständige Themenkomplexe besprochenen Therapiethemen geht. Auf der einen Seite werden alle nur erdenklichen Themenbereiche von fast allen Einrichtungen bei der Diagnose, Behandlung und Prognose genannt, so dass es in diesen Bereichen kaum Profilunterschiede zwischen den verschiedenen sozialtherapeutischen Einrichtungen erkennbar werden. Speziell bei den Therapiethemen wird scheinbar nach dem Motto „viel hilft viel“ vorgegangen, d. h. je mehr Themen therapeutisch bearbeitet werden, desto größer ist die Chance, dass die sozialtherapeutische Behandlung als Ganzes erfolgreich ist. Hier ist allerdings einschränkend anzumerken, dass keine Angaben zur Gewichtung der einzelnen Therapiethemen vorlagen, so dass sich inhaltlich doch noch erhebliche Variationsbreiten bei der Umsetzung finden lassen. Die relativ konsensuale Nennung wäre dann eher als abstrakte Einigkeit über die für eine Straftäterbehandlung relevanten thematischen Aspekte zu verstehen. Auf der anderen Seite gibt es lediglich in knapp jeder zweiten sozialtherapeutischen Einrichtung eine verbindliche Definition zur Behandlungsindikation oder ein ausgearbeitetes Konzept zur Nachsorge. Hier herrscht ein Mangel an klaren, transparenten Arbeits- und Vorgehensweisen, die systematische und wissenschaftlich fundierte Optimierungen grundsätzlich ermöglichen.

Problematisch erscheint zusätzlich, dass teilweise wichtige und qualitätssichernde Aspekte sozialtherapeutischen Arbeitens nicht einrichtungsübergreifend sichergestellt sind. So führt die räumliche und organisatorische Nähe von unselbständigen sozialtherapeutischen Abteilungen in einigen Bereichen zu Beeinträchtigungen bei der Umsetzung eines integrativen sozialtherapeutischen Konzeptes. Neuralgische Stellen entstehen durch die (nicht nur auf den Verwaltungsbereich bezogene) Mitnutzung des Personals der sozialtherapeutischen Abteilung in der Stammanstalt und die räumliche Abhängigkeit, die zu Einschränkungen in der Außenorientierung führen (Besuchsregelungen und Möglichkeiten zur eigenen Durchführung von verschiedenen Lockerungsmöglichkeiten). Weniger offensichtliche Auswirkungen ergeben sich durch personelle „Mischnutzungen“, die zu Einbußen im therapeutischen Klima führen können,

wenn z. B. Stereotype geweckt und gefördert werden.<sup>87</sup> Besonders Einschränkungen, die durch eine zu starke Sicherheitsorientierung der Stammanstalt entstehen, führen dazu, dass man keine oder nur wenige faktische Unterschiede zwischen „sozialtherapeutische Abteilungen“ und lediglich „behandlungsorientierten Abteilungen“ des Regelvollzugs erkennen kann. Eine zu starke Sicherheitsorientierung führt zu einer Behandlungskonzeption, die das Dilemma zwischen den prognostisch relevanten (statischen) und den therapeutisch erreichbaren (dynamischen) Merkmalen der Gefangenen im sozialtherapeutischen Justizvollzug verstärkt.<sup>88</sup> Der behandlerische Fokus wird dadurch zu sehr auf reine Rückfallvermeidung gelegt. Ein höheres motivationales (Legalbewährungs-)Potential bietet jedoch die Orientierung an positiven Zielen im Sinne annäherungsfokussierter Rückfallpräventionsprogramme. (Suhling 2007).

Vorteile von Abteilungen ergeben sich vor allem in Flächenländern, die eine heimatnahe Unterbringung gewährleisten können und auch quantitativ kleineren Zielgruppen eine sozialtherapeutische Intervention in getrennten kleinen Einheiten ermöglichen. So war die Sozialtherapie für junge und weibliche Gefangene im Justizvollzug bisher nur eine Ausnahmerecheinung. In jüngerer Vergangenheit haben sich im Bereich des sozialtherapeutischen Jugendstrafvollzuges bereits Veränderungen ergeben, die sich in den nächsten Jahren weiter fortsetzen werden. Wie zu sehen war gibt es zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen häufig klientelabhängige Unterschiede, wie z. B. bei den Möglichkeiten zur schulischen und beruflichen Ausbildungen oder den Aufschlusszeiten. Gerade für die jungen Gefangenen erscheint die Entwicklung eigener bzw. die Modifikation bestehender sozialtherapeutischer Behandlungskonzepte geboten zu sein, da es neben den altersabhängigen spezifischen Bedürfnissen auch deutliche Unterschiede bei der Deliktstruktur der Gefangenen gibt und die Inhaftierungsdauer (und in der Folge die Behandlungsdauer) deutlich kürzer ausfällt. Eine letzte bisher nur sehr wenig berücksichtigte und seit der Schließung der Sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg-Altengamme noch seltener beachtete Klientel sind die weiblichen Gefangenen. Für diese Gruppe gab es zum 31.03.2007 bundesweit lediglich 37 verfügbare sozialtherapeutische Haftplätze. Ähnlich wie bei den jungen Gefangenen spielen bei den weiblichen Insassen Sexualdelikte auch eher eine geringere Rolle als andere Straftaten. Dennoch wäre es wünschenswert, dass diese ebenfalls wie die jungen Gefangenen zukünftig in weiteren Planungen zum Ausbau der Sozialtherapie im Justizvollzug berücksichtigt würden, da auch bei diesen sozialtherapeutisch behandlungsbedürftige und -willige Personen vorhanden sind.

Um zu vermeiden, dass sozialtherapeutische Abteilungen eher dem Bild der behandlungsorientierten Abteilungen des Regelvollzugs entsprechen als dem Ideal der Integrativen Sozialtherapie im Justizvollzug, sollte auf eine Einhaltung der schon mehrfach angeführten Mindestanforderungen geachtet werden. Nur wenn „Sozialtherapie drin ist, wo Sozialtherapie drauf steht“ kann auch die der Sozialtherapie im Allgemeinen bescheinigte Wirksamkeit (s. Kapitel E) erreicht werden. Dazu gehört aber nicht

---

<sup>87</sup> Weitergehende Aspekte zu den Problembereichen der sozialtherapeutischen Mitarbeiter im Kontext des Regelvollzuges finden sich bei *Driebold* (1977).

<sup>88</sup> Weitere Folgen zu starker Sicherheitsorientierung: s. *Fehlenberg* 2003, S. 145 f.

nur die Einhaltung externer (finanzieller) Faktoren, sondern auch die Sicherstellung und Umsetzung interner qualitätssichernder Maßnahmen wie der fallweisen Dokumentation. Nur durch die stringente Einhaltung diesbezüglicher Qualitätsstandards und die aktive Weiterentwicklung der sozialtherapeutischen Behandlungskonzeptionen kann es eine anhaltende Wirksamkeit geben. Auch wenn die Konzeptionen der sozialtherapeutischen Einrichtungen sehr heterogen ausfallen, haben sich in den letzten Jahrzehnten wirksame Elemente herauskristallisiert, die allgemein anerkannt werden. So ist z. B. in allen sozialtherapeutischen Einrichtungen der Behandlungsansatz kognitiv-behavioral ausgerichtet und wird je nach regionaler Vorliebe in unterschiedlichem Ausmaß durch tiefenpsychologische Elemente ergänzt. Hier hat sich entsprechend dem Mechanismus des Survival of the fittest ein besonders wirkungsvoller Aspekt sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug durchgesetzt. Durch Modifikationen und Erprobungen neuer Behandlungsmethoden und Programme, sowie deren Evaluationsergebnisse, werden sich nach und nach zunehmend wirkungsvollere Konzeptionen von Integrativer Sozialtherapie durchsetzen. Angesichts sich ständig wandelnder gesellschaftlicher Bedingungen (z. B. das rechtspolitische Klima, Gesetzesgrundlagen etc.) wird es jedoch nie das Patentrezept zur absolut effektiven Sozialtherapie geben, vor allem nicht, wenn man ganze Deliktgruppen („die Sexualstraftäter“) gleichermaßen mit einem einzelnen Konzept bedienen will.

## D. Ambulante therapeutische Nachsorge von Sexualstraftätern nach der Entlassung aus einer sozialtherapeutischen Einrichtung

### D.1 Allgemeines

Ambulante Einrichtungen, die entlassene Straftäter therapeutisch (nach-)behandeln, gibt es überwiegend für ehemalige Maßregelpatienten. In diesem Bereich haben solche Einrichtungen eine gewisse Tradition (*Leygraf* 2004). Für Sexualstraftäter, die aus dem Strafvollzug oder spezieller aus einer sozialtherapeutischen Einrichtung entlassen wurden, gibt es hingegen ein deutlich kleineres und uneinheitliches Angebot zur ambulanten therapeutischen Nachsorge (vgl. *Egg et al.* 1998 S. 351). Nachsorgeambulanzen<sup>1</sup> sind in zweierlei rechtlicher Hinsicht bedeutsam:

1. Es gibt zwar gem. § 126 StVollzG den Auftrag an die sozialtherapeutischen Einrichtungen eine nachgehende Betreuung zu gewährleisten, aber obwohl die Mitarbeiteranzahl der Fachdienste im Vergleich zum Regelvollzug sehr großzügig bemessen ist (s. *Spöhr* 2007, 24 f.), reichen die Kapazitäten für eine umfangreichere therapeutische Nachsorge nicht aus (*Schaser & Stierle* 2005, S. 74). Die Nachbetreuung wurde zwischen dem 01.04.2006 und dem 31.03.2007 dennoch bei 233 Personen umgesetzt und weist in den letzten Jahren eine steigende Tendenz auf (vgl. *Spöhr* 2007, S. 22 und S. 56). Die durch das Personal der sozialtherapeutischen Einrichtungen realisierbare Nachbetreuung beschränkt sich dabei meist auf eine kurzfristige Krisenintervention oder die Möglichkeit einer freiwilligen (Wieder-)Aufnahme des Gefangenen gem. § 125 StVollzG (vgl. Kapitel C.2.15). Freiwillige Wiederaufnahmen werden jedoch selten genutzt<sup>2</sup>, da die entlassenen Straftäter einen Gesichtsverlust gegenüber den anderen Insassen und den Mitarbeitern bei einer freiwilligen Rückkehr in die sozialtherapeutische Einrichtung befürchten (vgl. *Bullens & Mähne* 1999, S. 197).
2. Durch ein entsprechendes Angebot an Nachsorgeambulanzen wird die Umsetzung einer Weisung gem. § 56 c Abs. 3 Nr. 1 StGB<sup>3</sup> erleichtert. Durch das am 18.04.2007 in Kraft getretene Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht wurden die „forensischen Ambulanzen“ als therapeutische Betreuungsmöglichkeiten gesetzlich erwähnt (§ 68a Abs. 7 und Abs. 8, § 68b Abs. 1 Satz 1 Nr. 11, Abs. 2 Satz 3, Abs. 5 StGB). Es soll dadurch ausdrücklich „ein Zeichen für

---

<sup>1</sup> Im Folgenden ist mit Nachsorgeambulanz eine Einrichtung gemeint, die ambulant therapeutische Nachsorge für aus sozialtherapeutischen Einrichtungen entlassene Sexualstraftäter anbietet.

<sup>2</sup> Am 31.03.2007 befanden sich lediglich neun Personen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen, die sich freiwillig haben wiederaufnehmen lassen (*Spöhr* 2007, S. 56).

<sup>3</sup> Gemäß § 56c StGB kann das Gericht dem Straftäter eine Weisung zur Teilnahme an einer Therapie während der Bewährungszeit erteilen, „wenn er dieser Hilfe bedarf, um keine Straftaten mehr zu begehen“.

die Einrichtung solcher Ambulanzen durch die Länder“ gesetzt werden (BT-Drs. 16/1993). Viele Sexualstraftäter haben Probleme externe Einzeltherapeuten für ihre weitergehende Therapie in Freiheit zu finden (*Pitzing* 2004, S. 68).<sup>4</sup> Ohne eine Therapiemöglichkeit kann der Weisung jedoch nicht entsprochen werden. Erfolgt die Anordnung der Therapieweisung ohne Nennung eines bestimmten Therapeuten, können zusätzlich Probleme bezüglich Klärung der Kostenübernahme entstehen (s. *Boetticher* 2008, S. 114).

Um einerseits die sozialtherapeutischen Einrichtungen bezüglich der Nachbetreuung zu entlasten und andererseits die Umsetzung von Therapieweisungen zu ermöglichen, bedarf es eines breiten Angebotes entsprechender Institutionen. Nachsorgeambulanzen bieten neben den genannten rechtlichen Bezügen vielfältige Vorteile und Möglichkeiten für die Resozialisierung und den Schutz der Allgemeinheit. So kann im organisierten Rahmen einer Nachsorgeambulanz das in der Sozialtherapie Vermittelte in Alltagssituationen systematisch erprobt werden (z. B. *Habermann, Briken & Berner* 2007b, S. 113).

Die Möglichkeit der Festigung und Erprobung der neu erlernten Verhaltensweisen spielt eine umso wichtigere Rolle, je seltener (Sexual-)Straftäter Lockerungen erhalten. So lässt sich anhand der Stichtagsdaten zur Sozialtherapie entnehmen, dass der Anteil der Gefangenen, die keine selbständigen Lockerungen erhielten, von 47,8 % (1997) auf 74,5 % (2007) enorm angewachsen ist (*Spöhr* 2007, S. 56). Obwohl diese Zahlen nicht uneingeschränkt aussagekräftig sind (*Spöhr* 2007, S. 23), lässt sich doch ein Trend zu einer repressiveren Handhabung von selbständigen Lockerungen erkennen (vgl. *Dünkel* 2004). Vollzugslockerungen ermöglichen jedoch eine stufenweise Erprobung des in der Sozialtherapie Erlernten (vgl. Kapitel A.2.3 und C.2.12). Fällt dieses beschützte Erprobungsfeld weg, wird eine systematisch organisierte Nachsorge umso wichtiger. Auch können einzelne Therapiethemen, die während des Aufenthalts des Gefangenen in der sozialtherapeutischen Einrichtung nicht in ausreichendem Maß besprochen und bearbeitet werden konnten, weiter vertieft werden. Dabei kann eine weitergehende Therapie in einer Nachsorgeambulanz von entscheidender Bedeutung für den Behandlungserfolg sein (*Boetticher* 2008, S. 115). Im Gegensatz zu den wenigen Einzeltherapeuten, die zu einer nachsorgenden Therapie von Sexualstraftätern bereit sind (*Dönisch-Seidel* 1996, S. 69), kann in solchen Nachsorgeambulanzen ein hohes Spezialwissen angesammelt und eingesetzt werden, was die Qualität der Nachsorge steigert (*Goderbauer* 2008, S. 24). Durch dieses Spezialwissen ist es möglich, bestimmte Verhaltensauffälligkeiten bei Klienten richtig einzuschätzen und adäquat zu reagieren, d. h. weder Signale eines drohenden Rückfalls zu übersehen, noch zu überreagieren (*Dönisch-Seidel* 1996, S. 70).

Auch sind interdisziplinäre Kooperationen mit Bewährungshelfern, Schuldenberatungen und anderen sozialen Diensten für Nachsorgeambulanzen einfacher möglich als

---

<sup>4</sup> Im Jahr 2002 führte der Verein Bewährungshilfe Stuttgart e. V. zusammen mit der Psychotherapeutischen Ambulanz eine Umfrage bei 251 niedergelassenen Psychotherapeuten zur Therapie von Sexualstraftätern durch. Von den lediglich 50 Rückantworten waren 47 therapieabweisende Antworten (*Bewährungshilfe Stuttgart* 2004, S. 19).

für niedergelassene Einzeltherapeuten (*Pitzing* 2004, S. 72). Solche Nachsorgenetzwerke erleichtern die Reintegration enorm. Gerade in den ersten Wochen und Monaten nach der Entlassung aus dem Strafvollzug werden die Weichen für ein Gelingen der Reintegration gestellt (*Grosser* 1991, S. 252 f.). Speziell bei der Herstellung materieller und sozialer Sicherheit durch Hilfe bei der Wohnungs- und Arbeitssuche sowie Schuldenregulierung – soweit diese noch nicht mit Unterstützung der entlassenden sozialtherapeutischen Einrichtung geschehen ist<sup>5</sup> – kann eine Nachsorgeambulanz einen großen Beitrag zur erfolgreichen Reintegration leisten und in der Folge auch zum Opferschutz beitragen (*Pitzing* 2004, S. 65).

Eine Therapiepflicht (z. B. im Rahmen von einer Weisung) gewährleistet darüber hinaus eine weitere Kontrolle der Legalbewährung. „Der Vorteil der Behandlung innerhalb eines verpflichtenden Rahmens ist, daß damit ein externer motivierender Faktor eingebaut ist.“ (*Bullens* 1994, S. 49) Besteht kein solcher verpflichtender Rahmen, kommt es oft zu Problemen mit der Termineinhaltung oder der verzerrten Selbsteinschätzung der Delinquenten (*Bullens & Mähne* 1999, S. 198; *Schaser & Stierle* 2005, S. 172). Die reine Freiwilligkeit einer Teilnahme an nachsorgenden Maßnahmen kann verhindern, dass die richtigen (tatsächlich nachsorgebedürftigen) Klienten erreicht werden. Daher wäre es besser, lockerungsgeeignete (Sexual-)Straftäter vorzeitig mit einer Therapieweisung zu entlassen, da sich so die Chancen einer kontinuierlichen, über den Bewährungszeitraum hinausreichenden, Teilnahme an einer qualifizierten Nachsorge erhöhen kann. Dies gelingt natürlich nur, wenn überhaupt entsprechende Angebote in ausreichender Menge vorhanden sind. Es besteht also nicht nur das Problem, dass Therapieweisungen wegen mangelnder Therapieplätze und Finanzierungsschwierigkeiten nicht eingehalten werden können, sondern auch, dass teilweise die Motivation der Probanden fehlt (vgl. *Wagner, Knecht & Bolterauer* 1997, S. 128).

Aus diversen Evaluationsstudien ist bekannt, dass eine geeignete Nachsorge die Wirksamkeit einer vorhergehenden (sozialtherapeutischen) Behandlung festigen kann und so die Rückfallgefahr mindert (z. B. *Brand* 2006, S. 129 f.; *Grosser* 1991, S. 252; *Pitzing* 2004, S. 66; *Schaser & Stierle* 2005, S. 67 und S. 199). Speziell die anfängliche Zeit nach der Entlassung stellt eine Hochrisikophase dar, in der ohne organisierte Betreuung die Rückfallgefahr besonders hoch ist (*Boetticher* 2004, S. 49 f.; *Brand* 2006, S. 129). Aus diesen Erkenntnissen heraus ist z. B. im BPS eine Nachsorgephase konzeptionell vorgesehen (*Wischka* 2005, S. 224).<sup>6</sup> Die Berücksichtigung und Konzeptionalisierung der Nachsorge als „dritte Komponente neben der Gruppentherapie und der Rückverlegungsprophylaxe“ fordern *Bullens und Mähne* (1999, S. 197), resultierend aus einer Teilnehmerbefragung und eigenen Erfahrungen.

---

<sup>5</sup> Knapp die Hälfte der Insassen wird nicht aus einer sozialtherapeutischen Einrichtung, sondern aus dem Regelvollzug entlassen (Entlassungen 2007: 48,6 %; vgl. *Spöhr* 2007, S. 55). Hinzu kommt, dass nicht alle sozialtherapeutischen Einrichtungen für alle aus ihrer Einrichtung zu entlassenden Gefangenen die genannten Hilfestellungen gewährleisten kann.

<sup>6</sup> Diese im BPS vorgesehene Nachsorgephase kann aber nur in Teilen von den sozialtherapeutischen Einrichtungen selbst durchgeführt werden (vgl. *Wischka* 2004).



Mittlerweile haben sich 10 Punkte als Standards für eine ambulante Behandlung von Sexualstraftätern herauskristallisiert (s. Tabelle D.1).

*Tabelle D.1: Standards der therapeutischen Nachsorge von Sexualstraftätern (Quelle: Brand 2006, S. 147 f.)*

1.	Die Therapie von Opfern und Tätern sollte einer personellen Trennung unterliegen.
2.	Eine Abstimmung zwischen der ganz speziellen Problematik des einzelnen Täters und des zu ergreifenden Therapiesettings scheint geboten.
3.	Die „klassische“ Therapie ist für die Behandlung von Sexualstraftätern nicht ausreichend.
4.	Für den Erfolg einer Therapie sind mitbestimmend die Teilnahme, die zufriedenstellende Mitarbeit des Täters und das Einhalten der Vereinbarungen, weshalb ein Vertrag über Aufnahmebedingungen, Verlauf und Inhalt der Therapiestunden zwischen Patient und jeweiliger Beratungsstelle vereinbart werden sollte.
5.	Inhaltliche Schwerpunkte in der therapeutischen Arbeit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung von Therapiemotivation</li> <li>- Aufgabe der Tatverleugnung und Eingestehen der Schuld</li> <li>- Übernahme der Verantwortung für die Tat</li> <li>- Entwickeln von Einsicht in den Unterschied der Sexualität unter Erwachsenen zu der Sexualität der Kinder.</li> <li>- Bearbeitung kognitiver Verzerrungen und Einstellungen sowie d. Deliktszenarios</li> <li>- Förderung der Opferempathie</li> <li>- Erlernen und Einüben sozialer Fertigkeiten</li> <li>- Sensibilisierung des Täters für seine devianten, sexuelle Erregungszustände</li> <li>- Schulung der Eigenwahrnehmung</li> <li>- Entwickeln von Kontrolle über das Missbrauchsverhalten und die Fantasie, die der Tat vorausging</li> </ul>
6.	Die Therapie sollte sich über einen Mindestzeitraum von etwa zwei Jahren erstrecken.
7.	Der Informationsaustausch der verschiedenen beteiligten Instanzen (Justiz, Polizei, Therapieeinrichtungen, Opferschutz) sollte verbessert werden. Dazu sollten beispielsweise (bei durch Weisung erfolgten Therapiezugängen) Rückmeldungen der Beratungsstellen an die betreffenden Richter über den Verlauf der Therapie gehören.
8.	Die bisherigen Lebensumstände des Täters (z. B. Familien- und Beziehungsmuster, Stressfaktoren, Alkohol- und Drogengebrauch, Arbeitsstellenverlust etc.) sowie zukünftige Veränderungen sollten in der therapeutischen Arbeit berücksichtigt werden.
9.	Regelmäßige Evaluationen der ambulanten Behandlung sind notwendig.
10.	Vor Behandlungsbeginn ist eine Differenzialdiagnostik notwendig.

Die hier kurz dargestellten Punkte sollten die Notwendigkeit von Nachsorgeambulanzen (auch) für aus der Sozialtherapie und dem Regelvollzug entlassene Sexualstraftäter sowie die Arbeitsweise und Prinzipien der Ambulanzen verdeutlichen. Wie sich das derzeit ambulante therapeutische Nachsorgeangebot in der BRD gestaltet und inwiefern sie den eben genannten Standards entspricht, soll im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

Damit die Nachsorge auch effizient ist, muss das Personal geschult, eine enge Kooperation mit weiteren relevanten Institutionen (z. B. der Bewährungshilfe, zuständigem Gericht etc.) gewährleistet sein und ein „konsequenter und kontinuierlicher Kontakt mit dem Patienten“ gehalten werden (*Müller-Isberner & Cabeza* 1997, S. 281; vgl. auch *Goderbauer* 2008). Neben der Schulung des Personals ist eine interdisziplinäre Besetzung und die Einhaltung einer „selektiven Vertraulichkeit“ (d. h. die Schweigepflicht gilt bis zum Vorliegen einer Gefährdungslage; *Schaser & Stierle* 2005, S. 210). Ferner sollte die Nachsorge entsprechend dem Prinzip „durchgehender Hilfen“ (*Egg* 1990, S. 367; *Schaser & Stierle* 2005, S. 208; vgl. auch *Klug* 2008) bereits im Rahmen von Lockerungen begonnen werden.

Auch im Bereich der ambulanten Nachsorge spielt das need-principle<sup>7</sup> eine wichtige Rolle. Wie bei der Sozialtherapie im Justizvollzug muss eine Anpassung der Maßnahmen an die Bedürfnisse des einzelnen Klienten erfolgen (*Burger, Rathert & Hülsemann* 2006, S. 116). Es sind also nachsorgende Maßnahmen, die sich lediglich auf ein Krisenmanagement beziehen, aber auch komplette weitergehende Therapien des (Sexual-)Straftäters denkbar. Dementsprechend muss die Angebotspalette der Nachsorgeambulanzen relativ breit angelegt sein (*Brand* 2006, S. 130; *Wagner, Knecht & Bolterauer* 1997, S. 136).

---

<sup>7</sup> Siehe Kapitel B.2.1.

## D.2 Das Angebot an ambulanten Nachsorgeeinrichtungen

Um die Darstellung der Behandlung von Sexualstraftätern abzurunden, wurde ergänzend zum und in Anlehnung an den Fragebogen zur Behandlung von Sexualstraftätern in sozialtherapeutischen Einrichtungen eine weitere Erhebung zur ambulanten therapeutischen Nachsorge durchgeführt. Ziel der Befragung war es, herauszufinden, was für ein institutionell organisiertes Angebot es für sozialtherapeutisch behandelte Sexualstraftäter zur therapeutischen Nachsorge gibt. Im Mittelpunkt des Interesses standen einerseits die „harten“ Eckdaten wie z. B. Trägerschaft, Eröffnungsjahr, Therapieplatzanzahl, Dauer und Häufigkeit der Therapiesitzungen und Schweigepflichtentbindung, und andererseits „weichere“ Rahmenbedingungen wie z.B. Aufnahme- und Ausschlusskriterien sowie die therapeutische Ausrichtung (s. Anhang G.2.4). Zu diesem Zweck wurden zuerst im Januar 2007 die Leiter der sozialtherapeutischen Einrichtungen befragt, welche Nachsorgeambulanzen ihnen bekannt sind, um eine geeignete und vollständige Stichprobe zu erhalten. Danach wurde im April 2007 ein Fragebogen zur ambulanten therapeutischen Nachsorge an die insgesamt 23 gemeldeten Nachsorgeambulanzen<sup>8</sup> versandt. Daraus resultierte eine Stichprobe von 13 Nachsorgeambulanzen<sup>9</sup>, für die entsprechende Daten erhoben und ausgewertet werden konnten (Tabelle D.2). Wie man anhand der Trägerschaften der einzelnen Einrichtung sehen kann, gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Sie sind nur vereinzelt und partiell durch staatliche Mittel finanziert.

---

<sup>8</sup> Diese befinden sich in 9 Bundesländern: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

<sup>9</sup> Von der 23 angeschriebenen Einrichtungen gaben 15 eine Rückmeldung. Drei Nachsorgeambulanzen konnten jedoch keine Angaben machen, da sie (bisher) keine Sexualstraftäter behandeln, die aus einer sozialtherapeutischen Einrichtung entlassen wurden.

Tabelle D.2: Überschrift über die befragten Nachsorgeambulanzen (Stand 20.04.2007)

Name der Institution	Bundesland	Arbeit mit Sexualstraftätern seit	Träger
<b>Psychotherapeutische Ambulanz für Sexualstraftäter der Bewährungshilfe Stuttgart e. V.</b>	BW	1998	Bewährungshilfe Stuttgart e. V.,
<b>Bewährungshilfe beim Landgericht Augsburg</b>	BY	-	Landgericht Augsburg
<b>Bezirkskrankenhaus Bayreuth</b>	BY	1989	Kommunalunternehmen Bez. JVA
<b>Forensisch-Therapeutische Ambulanz, Berlin</b>	BE	2005	Sozialen Diensten der Justiz
<b>Ambulante Nachsorgegruppe, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualeforschung und Forensische Psychiatrie<sup>10</sup></b>	HH	2003	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf + Hamburg Justizbehörde
<b>Bewährungshilfe Kassel</b>	HE	2006	Land Hessen
<b>Man-o-mann, Bielefeld</b>	NRW	1990	Verein für Sozialtherapie
<b>Beratungsstelle für Haftentlassene und ihre Familien, Düsseldorf</b>	NRW	1992	Arbeiterwohlfahrt Familienglobus gGmbH
<b>Neuland Bochum</b>	NRW	1998	Caritas Verband für Bochum
<b>Beratungsstelle Punktum, Wuppertal</b>	NRW	1999	Wichernhaus Wuppertal gGmbH, Mitgl. Diak. Werk d. evang. Kirche i. Rheinland
<b>Die Brücke, Dortmund e.V.</b>	NRW	2002	Die Brücke Dortmund e. V.
<b>St. Franziska-Stift, Ermächtigungsambulanz, Bad Kreuznach</b>	RP	1997	CTT (kath. Kirche)
<b>Beratungsstelle im Packhaus, Kiel</b>	SH	2002	Pro familia

<sup>10</sup> Die Angaben zu dieser Nachsorgeambulanz basieren auf Angaben bei *Habermann & Berner* (2006).

Die meisten erfassten Nachsorgeambulanzen stammen aus Nordrhein-Westfalen. Dies liegt daran, dass in den sozialtherapeutischen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen eine Liste existiert, auf der thematisch sortiert Adressen und Ansprechpartner von Einrichtungen und Beratungsstellen für die psychosoziale Integration von Sexualstraftätern aufgeführt sind. Daher war es für die betreffenden sozialtherapeutischen Einrichtungen sehr einfach, eine systematische Übersicht für die Befragung weiterzuleiten. In anderen Bundesländern waren häufig nur vereinzelte regionale Angebote bekannt, mit denen erst teilweise zusammen gearbeitet wurde. Hier würde eine entsprechende systematische Zusammenstellung für die Planung der Nachsorge einige Erleichterung bringen.

Viele Einrichtungen arbeiten auch erst seit oder nach 1997 therapeutisch mit Sexualstraftätern. Ihre Existenz oder die Schaffung entsprechender Zusatzangebote scheint ebenfalls wie der Ausbau der sozialtherapeutischen Einrichtungen eine indirekte Folge des Gesetzpaketes von 1998 zu sein (s. Kapitel A.2.1). Durch die gesetzliche Verpflichtung von Sexualstraftätern gem. § 9 Abs. 1 StVollzG zur Verlegung in eine sozialtherapeutischen Einrichtung erhöhte sich in der Folge der Bedarf an therapeutischen Nachsorgemöglichkeiten für diese Klientel. Die nachgehende Betreuung gemäß § 126 StVollzG konnte und kann jedoch nicht durch das Personal der sozialtherapeutischen Einrichtungen sichergestellt werden. Daher passten sich einige Institutionen dieser Nachfrage an und richteten zusätzliche therapeutische Nachsorgeambulanzen für Sexualstraftäter ein.

Am 20.04.2007 nahmen insgesamt 271 Sexualstraftäter an der ambulanten Behandlung teil, von denen zuvor über 50 im Rahmen ihrer Freiheitsstrafe in sozialtherapeutischen Einrichtungen behandelt wurden.<sup>11</sup> In der Hälfte der Ambulanzen gibt es Wartelisten für eine Aufnahme in die therapeutische Nachsorge. Klienten mit Weisungen werden ebenfalls bevorzugt aufgenommen sowie Klienten, bei denen die Justizvollzugsanstalt eine Dringlichkeit angibt. Ansonsten erfolgt die Aufnahme aus der Warteliste nach Wartezeit. Die Kriterien für eine Aufnahme von Sexualstraftätern sind sehr unterschiedlich (s. Tabelle D.3).

---

<sup>11</sup> Die verfügbare Gesamtzahl an Therapieplätzen in diesen Nachsorgeambulanzen ist nicht genau bezifferbar, da es sich teilweise um variable Betreuungsmöglichkeiten handelt und dementsprechend in zwei Fällen keine vollständigen Angaben gemacht werden konnten. Insgesamt ergibt sich somit eine Kapazität von knapp 500 Therapieplätzen bundesweit in den aufgeführten Institutionen.

Tabelle D.3: Kriterien für eine Aufnahme in die therapeutische Nachsorge

Aufnahmekriterium	Häufigkeit
Motivation	7
Weisung/gerichtliche Auflage	4
Sexualdelikt	4
gesicherte Finanzierung	3
Persönlichkeitsstörung	3
räumliche Erreichbarkeit	2
Gruppenfähigkeit	2

Auf der Ebene der Persönlichkeit der Klienten setzen die Ambulanzen meist eine Therapiemotivation, eine Persönlichkeitsstörung, das Vorliegen eines Sexualdeliktes und die Befähigung zur Gruppenarbeit für eine Aufnahme voraus. Externe Faktoren, die zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung führen, sind meist die räumliche Erreichbarkeit und eine durch Eigenleistung oder die Krankenkasse gesicherte Finanzierung. Wie man an den geringen Nennungen erkennen kann, setzen die Ambulanzen sehr unterschiedliche Kriterien für einen Aufnahme voraus. Es haben zwar alle Einrichtungen zwischen 2 bis 10 Kriterien benannt, aber diese sind weit gestreut. Insgesamt wurden noch 11 weitere Punkte (von je einer Ambulanz) benannt, die hier nicht alle im Einzelnen aufgelistet werden sollen.

Formale Ausschlusskriterien für Sexualstraftäter weisen hingegen nicht alle Einrichtungen auf. 8 Nachsorgeambulanzen nennen ähnliche Ausschlussgründe wie die sozialtherapeutischen Einrichtungen, d. h. es darf keine Psychose oder hirnorganische Erkrankung (7mal) sowie keine akute Suchterkrankung vorliegen (6mal) und der Intelligenzquotient muss ausreichend sein (5mal).

Die Entscheidung über eine Aufnahme erfolgt üblicherweise durch das Mitarbeiter-team. Als Datengrundlage für eine Aufnahmeentscheidung dienen allen Ambulanzen persönliche Gespräche mit dem Bewerber. Diese werden ergänzt durch die Heranziehung von Gutachten (11mal) und Urteilen (10mal). Neun Ambulanzen lassen sich durch Gespräche und / oder Stellungnahmen der sozialtherapeutischen Einrichtungen über den Klienten informieren. Weitere Aktenauszüge und Gespräche mit z.B. der Bewährungshilfe nutzen sieben Ambulanzen zusätzlich. Damit wird von fast allen Ambulanzen (bis auf eine Ausnahme) eine sehr breite Informationsbasis für eine Aufnahmeentscheidung genutzt.

Psychologische Testverfahren werden lediglich in knapp zwei Drittel der Ambulanzen (8mal) eingesetzt. Der Forderung nach einer Differentialdiagnostik vor Handlungsbeginn (s. Tabelle D.1) wird somit nicht in allen Ambulanzen entsprochen. Hinzu kommt, dass ein Teil der Ambulanzen diese Testverfahren nur in Bedarfsfällen und nicht standardmäßig einsetzt. Die verwendeten Testverfahren streuen auch sehr weit innerhalb der Rubriken Intelligenz- und Leistungstests (u. a. MWT-B, d2 und *Benton*), Persönlichkeitstests (FPI und HPI), klinische Verfahren (z. B. GT und MSI) und Prognoseinstrumente (SVR-20, HCR-20, *Dittmann* sowie *FOTRES*). Zusätzlich zu den

psychologischen Testverfahren wird in sieben Einrichtungen<sup>12</sup> eine klinische Diagnose nach dem ICD-10 zu Therapiebeginn gestellt. Die sehr einheitliche Verwendung des ICD-10 als Diagnoseschlüssel bietet eine gute Ausgangsbasis für einen wissenschaftlichen Vergleich der verschiedenen Nachsorgeprojekte. Risikoeinschätzungen vor der Therapie werden in neun Ambulanzen immer und in drei Ambulanzen im Einzelfall vorgenommen.<sup>13</sup>

Die Therapie wird in neun Ambulanzen üblicherweise schon im Rahmen von Vollzugslockerungen begonnen. Diese Vorgehensweise hat den Vorteil, dass es zu einem allmählichen Übergang zwischen der Haftanstalt / sozialtherapeutischen Einrichtung und der weiter betreuenden Nachsorgeambulanz kommt. Damit können viele Schwierigkeiten, die sonst wie oben ausgeführt durch die Entlassung entstehen, vermieden werden. Alle anderen Ambulanzen beginnen mit der Therapie in der Regel unmittelbar nach der Entlassung.

Die Mindestdauer der therapeutischen Nachsorge beläuft sich auf einem Monat bis hin zu zwei Jahren (s. Tabelle D.4).

Tabelle D.4: *Mindestdauer der Nachsorge in den Ambulanzen*

Mindestdauer der Nachsorge	Häufigkeiten
2 Jahre	5
1,5 Jahre	1
1 Jahr	2
Ca. 1 Monat	1
„Unterschiedlich“, keine Angabe	4

Damit entsprechen wenigstens fünf Ambulanzen dem Standard, dass die Mindestdauer der nachsorgenden Therapie zwei Jahre betragen sollte. Bei der Mindestanzahl an Therapiesitzungen sind hingegen keine klaren Aussagen möglich, da es lediglich in drei Einrichtungen klare Vorgaben gibt.<sup>14</sup>

Das therapeutische Setting variiert ebenfalls stark, indem es von einer ausschließlich einzeltherapeutischen (1mal), über eine ausschließlich gruppentherapeutischen (3mal) bis hin zu einer sowohl einzel-, gruppen- als auch paartherapeutischen Umsetzung (3mal) reicht. Die übrigen Ambulanzen kombinieren die besagten therapeutischen Settings unterschiedlich miteinander.

In den zwölf Ambulanzen die (auch) Gruppentherapien durchführen, variiert der Modus der Gruppenzuordnung ebenfalls sehr stark. In fünf Fällen gibt es nur eine Gruppe und damit keine Wahlmöglichkeiten. In zwei Ambulanzen wird die Behandlungsgruppe entsprechend dem Delikt und der Persönlichkeitsstruktur bzw. Behandlungsfähigkeit des Klienten gebildet. Weitere Kriterien der restlichen Ambulanzen zur Gruppen-

<sup>12</sup> Hier fehlt die Angabe einer Nachsorgeambulanz, daher beläuft sich die Fallzahl auf n=12

<sup>13</sup> Es fehlen die Angaben zweier Nachsorgeambulanzen, daher beläuft sich die Fallzahl auf n=11.

<sup>14</sup> Bei der *Bewährungshilfe Stuttgart*, der *Bewährungshilfe Augsburg* und *die Brücke* beläuft sich die jährliche Mindestanzahl der Therapiesitzungen auf ca. 40.

bildung beziehen sich auf die jeweiligen Risikoeinschätzung, den Therapeuten, nur das Delikt oder den Zufall. In fast allen Ambulanzen handelt es sich dabei um laufende Gruppen (9mal), d. h. neue Klienten können jederzeit in die Gruppentherapie mit einsteigen. Vorteil solcher offenen Gruppen ist es, dass die anderen Gruppenteilnehmer mehr Erfahrungen haben und so neue Teilnehmer als „Experten“ mit Verleugnungsmechanismen konfrontieren können (Brand 2006, S. 142). Die übrigen drei Einrichtungen präferieren geschlossene Gruppen. Der Vorteil laufender Gruppen ist, dass sie eine sehr flexible Handhabung mit neuen Teilnehmern erlauben, bei der die „neuen“ von den „alten“ Therapieteilnehmern lernen können (Zimbardo & Gerrig 1999, S. 667). Die erfahreneren Gruppenmitglieder können aufgrund der ähnlichen Problematik oftmals leichter als die Therapeuten kognitive Verzerrungen und selbstbetrügerische Wahrnehmungen identifizieren und thematisieren (Brand 2006, S. 142). Nachteil solcher laufenden Gruppen ist jedoch, dass die Sitzungsthemen so gestaltet sein müssen, dass jederzeit Neueinsteiger davon profitieren können. Demgegenüber erlauben geschlossenen Gruppen feste thematische Reihenfolgen für die Sitzungen, die aufeinander aufbauen können. Die Größe der Gruppen ist mit meist 8 Klienten relativ einheitlich (vgl. Tabelle D.5).

Tabelle D.5: Übersicht über die Größe der Therapiegruppen

Größe der Behandlungsgruppe	Häufigkeit
6 Klienten	1
8 Klienten	7
9 Klienten	2
10 Klienten	1
12 Klienten	1

Die Dauer der Therapiesitzungen beträgt für Einzeltherapiesitzungen zwischen 45 Minuten (1mal) und 60 Minuten (4mal). Gemäß den kassenrechtlichen Vorgaben<sup>15</sup> dauert die Einzeltherapiesitzung in vier Ambulanzen jeweils 50 Minuten. Die Gruppentherapie ist bis auf eine Ausnahme<sup>16</sup> jeweils auf 90 Minuten bei einem wöchentlichen Rhythmus<sup>17</sup> angesetzt.

Die ambulante Nachsorge von Sexualstraftätern ist in allen Ambulanzen kognitiv-behavioral ausgerichtet. Weitere Behandlungsansätze entstammen meist tiefenpsychologischen (7mal) oder systemischen (5mal) Therapierichtungen. Ähnlich wie in den sozialtherapeutischen Einrichtungen werden sehr vielfältige Therapierichtungen miteinander kombiniert. Drei Ambulanzen ergänzen ihr Therapieangebot durch hormonelle Behandlungen.

<sup>15</sup> Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2004). *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)* [Internet]. Verfügbar unter: [www.favt.de/dokumente/richtlinien](http://www.favt.de/dokumente/richtlinien) [29.02.2008].

<sup>16</sup> Im *Packhaus Kiel* werden für eine gruppentherapeutische Sitzung 120 Minuten veranschlagt.

<sup>17</sup> Hier besteht ebenfalls in einer Ambulanz eine Ausnahme mit einem zweiwöchigen Rhythmus.



Auch bei den Behandlungsverträgen gibt es eine differierende Handhabung.<sup>18</sup> Reine Standardtherapieverträge werden in vier Ambulanzen verwendet. Zusätzliche individuelle Vereinbarungen zu den Formulierungen der Standardtherapieverträge treffen weitere vier Ambulanzen. Komplette individuelle Vereinbarungen treffen ebenfalls vier Einrichtungen. Die Therapieverträge enthalten in 10 Fällen zusätzliche Klauseln zur Schweigepflichtentbindung in bestimmten Fällen.

Zu einem Abbruch der ambulanten Nachsorge führen in erster Linie wiederholte Terminversäumnisse (10mal) und eine mangelnde Mitarbeit in der Therapie (8mal) (Tabelle D.6).<sup>19</sup>

*Tabelle D.6: Kriterien für einen Therapieabbruch*

Abbruchkriterien		Anzahl
wiederholtes unakzeptables Versäumen von Terminen		10
mangelnde Fähigkeit an einer Therapie mitzuwirken		8
psychotische Erkrankung		6
Fehlendes Problembewusstsein		5
Missbrauch der Therapie als Alibi		5
Unvereinbarkeit von Terminen		4
erneute sexuelle Übergriffe / Rückfall		4
Verstoß gegen Bewährungsaufgaben / -weisungen		4
wiederholte Unpünktlichkeit		3
sonstige:	Unvereinbarkeit mit Beruf	1
	Wegzug	1
	Inhaftierung	1
	Widerruf Schweigepflichtentbindung	1
	Keine Therapiefortschritte	1

Das letzte Themengebiet der Befragung der Nachsorgeambulanzen bezieht sich auf die Interaktion und Zusammenarbeit zwischen der Ambulanz mit anderen Institutionen. Mit der sozialtherapeutischen Einrichtung, die zuvor den Sexualstraftäter behandelt hat, nehmen fast alle Ambulanzen<sup>20</sup> Kontakt auf, um Informationen auszutauschen. Von den restlichen 10 Ambulanzen tauschen sich drei zumindest bei der Aufnahme des Klienten aus und die übrigen sieben pflegen einen regelmäßigen Kontakt mit der sozialtherapeutischen Einrichtung.

<sup>18</sup> Zu einer Nachsorgeambulanz lagen keine entsprechenden Informationen vor.

<sup>19</sup> Die Fallzahl beträgt hier nur 10, da drei Ambulanzen keine konkreten Abbruchkriterien benannt haben. (In einer dieser drei Ambulanzen gab es bisher keinen Vorfall, der einen Abbruch zur Folge hätte haben können.)

<sup>20</sup> Lediglich eine Ambulanz tauscht keine Informationen mit der betreffenden sozialtherapeutischen Einrichtung aus und von zwei weiteren Einrichtungen liegen keine entsprechenden Informationen vor.

Mit anderen Reintegrationsstellen arbeiten alle Nachsorgeambulanzen zusammen. Am häufigsten besteht eine Kooperation mit der Bewährungshilfe / Führungsaufsicht, gefolgt von freien Trägern der Strafgefälligenhilfe (siehe Tabelle D.7).

Tabelle D.7: Kooperation mit anderen Reintegrationsstellen

Zusammenarbeit mit Reintegrationsstellen		Anzahl
Bewährungshilfe / Führungsaufsicht		11
freie Träger der Strafgefälligenhilfe		8
Agentur für Arbeit / Sozialamt		5
sonstiges:	Hilfseinrichtung / Suchthilfe	3
	Betreuer	2
	Tageskliniken	1
	Betreutes Wohnen	1
	Wohnungsvermittlung	1

Keine einzelfallbezogenen Berichte an die Justiz versendet lediglich eine Ambulanz. Ansonsten werden bei Bedarf, quartalsmäßig oder halbjährig solche Berichte erstellt und der Justiz übermittelt. Bei Klienten mit Weisungen gibt es in den meisten Ambulanzen einen zusätzlichen Informationsaustausch mit der jeweiligen Strafvollstreckungskammer.

### D.3 Fazit

Der Vergleich der Nachsorgeambulanzen hat gezeigt, dass sich das Angebot für aus der Sozialtherapie entlassene Sexualstraftäter partiell sehr unterschiedlich gestaltet. Das fängt schon im Bereich der Trägerschaft an. An diesem Punkt erkennt man, dass es sich bei den Nachsorgeambulanzen für Sexualstraftäter um Angebote handelt, die nachträglich zu bereits bestehenden Tätigkeitsfeldern hinzugefügt wurden. Bei der Entwicklung und dem Aufbau des Nachsorgebereiches gab es meist keine konzeptionellen Vorgaben von staatlicher Seite, so dass sich sehr individuelle Tätigkeitsprofile herausgebildet haben. Dass sich das Angebot in den einzelnen Bundesländern so derartig unterschiedlich gestaltet, wird hauptsächlich durch drei Faktoren bedingt:

- Die starke Ressourcenorientierung der Bundesländer führt dazu, dass lediglich in einigen Bundesländern entsprechende ambulante Nachsorgeeinrichtungen gegründet oder bereits in diesem Bereich vorhanden Institutionen finanziell gefördert werden (vgl. *Hahn* 2007, S. 16).  
Kostenvermeidung in den Landeshaushalten durch keine oder eine lediglich geringe Finanzierung von Nachsorgeambulanzen ist zu kurzfristig gedacht. Durch die Abmilderung der Gefahren in der Hochrisikosituation nach der Entlassung im Rahmen einer effektiven Nachsorge können langfristig Kosten eingespart werden. Dies betrifft die direkten und indirekten Kosten einer erneuten Inhaftierung<sup>21</sup> gegenüber den Kosten einer nachsorgenden Betreu-

<sup>21</sup> Vergleiche dazu analog die Ausführung über die Elemente einer ökonomischen Effizienzüberprüfung

ung. Selbst wenn man berücksichtigt, dass nur bei einem Teil der ambulant nachbetreuten Straftäter die Rückfallwahrscheinlichkeit deutlich abnimmt, rechnet sich die Investition in eine systematische und institutionell organisierte Nachsorge gegenüber einer erneuten (und als Wiederholungstäter länger angelegten) Inhaftierung (vgl. *Schaser & Stierle* 2005, S. 79).

- Der Mangel an solchen Nachsorgeambulanzen wird durch die mit der Entlassung endenden Zuständigkeit und Verantwortung der Justiz bedingt (vgl. *Grosser* 1991, S. 249; *Schaser & Stierle* 2005). Obwohl Weisungen zur Therapie von justitieller Seite erfolgen, muss, wie oben ausgeführt, die Finanzierung anderweitig (meist durch die gesetzliche Krankenkasse) gesichert werden. Dabei sollte es das ureigenste Interesse der Justiz sein, dass solche Maßnahmen auch tatsächlich und reibungslos umgesetzt werden können, um sich die aus einer erneuten Straftat resultierenden Kosten zu sparen. Hier fehlt es an einheitlich praktikablen Regelungsmodellen zur Gewährleistung der Finanzierung von therapeutischen Nachsorgemaßnahmen.
- Historisch betrachtet stand die Arbeit mit Opfern im Vordergrund. Hinzu kamen Bedenken, dass die (therapeutische) Arbeit mit zu Lasten der Opfer gehen könnte (*Bullens & Mähne* 1999, S. 184). Durch die Behandlung von (Sexual-)Straftätern können Rückfälle vermieden werden. Demnach leistet Täterarbeit, bei der die Rückfallvermeidung das leitende Hauptziel darstellt, immer einen Beitrag zum Opferschutz.

Bisher gibt es zur therapeutischen Nachsorge von Sexualstraftätern, die aus dem Regelvollzug kommen, kaum empirische Untersuchungen. Die bisherigen Evaluationsprojekte sind alle regional begrenzt. So hat z. B. *Brand* (2006) die vom Land finanziell geförderten ambulanten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen – soweit möglich<sup>22</sup> – evaluiert. In Hamburg wurde die ambulante Nachsorgegruppe im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf von 2003 bis 2006 durch *Habermann* und *Berner* (2006) wissenschaftlich begleitet und in Baden-Württemberg wird die psychotherapeutische Ambulanz der Bewährungshilfe Stuttgart e. V. durch den Kriminologischen Dienst des Landes untersucht<sup>23</sup>. Neben klassischen Rückfalluntersuchungen auf regionaler und überregionaler Ebene bedarf es der (Weiter-)Entwicklung von wirksamen Nachsorgekonzeptionen. Orientierungspunkte für eine Evaluation und Weiterentwicklung der ambulanten Nachsorge von Sexualstraftätern können Nachsorgekonzepte im Ausland liefern, wie z. B. das Konzept des psychiatrischen-psychologischen Dienstes (PPD) im Kanton Zürich oder die Wiener Ambulanz (s. *Brand* 2006, S. 130ff. ). Auch

---

der Sozialtherapie in Kapitel F.

<sup>22</sup> Leider weigerten sich viele ambulante Einrichtungen an der von Landesseite beauftragten Begleitforschung zur Beurteilung der Effizienz der Sexualstraftätertherapie teilzunehmen. Zu den Gründen: s. *Brand* 2006, S. 249 ff.).

<sup>23</sup> Zur Zeit findet eine erste Auswertung der erhobenen Daten statt.

wenn sich die rechtlichen Grundlagen und Störungsbilder der Klienten zwischen Maßregelvollzug und regulärem Strafvollzug unterscheiden, kann die Umsetzung der ambulanten Nachsorge von ehemaligen Maßregelpatienten zusätzliche Anhaltspunkte für eine Weiterentwicklung der ambulanten Nachsorgekonzeption für ehemalige Straftäter aus dem Regelvollzug enthalten (Goderbauer 2008, S. 24). Die aus dem Maßregelbereich extrahierten Nachsorgefaktoren sollten empirisch überprüft und an die Bedürfnisse der ehemaligen Sexualstraftäterklientel aus dem Regelvollzug angepasst werden. Teilweise werden sich die Therapiekonzepte zwischen Maßregelvollzug und regulärem Strafvollzug nicht so enorm unterscheiden, da es auch Überschneidungsbereiche in der vorhandenen Klientel gibt (Leygraf 2004, S. 61).

Es ist aber nicht nur mehr empirische Forschung in diesem Bereich nötig, sondern auch ein weiterer Ausbau des Angebots an Nachsorgeambulanzen notwendig. Die Versorgung sollte dabei sowohl für Sexualstraftäter aus sozialtherapeutischen Einrichtungen als auch für Sexualstraftäter, die ausschließlich im Regelvollzug untergebracht waren, sichergestellt werden (Schaser & Stierle 2005, S. 165). Die Aufgabenbereiche für die Spezialambulanzen sollten von allgemeinen sozialen Hilfen und rückfallprophylaktischen Trainings bis hin zu weitergehenden Einzel- und Gruppentherapien reichen, je nach Bedürfnislage der einzelnen Probanden. Die Behandlung und Betreuung in den Nachsorgeambulanzen sollte gemäß den Erkenntnissen über die Rückfälligkeit von Sexualstraftätern<sup>24</sup> auch längerfristig möglich sein (Bullens & Mähne 1999, S. 197). Um einen fließenden Übergang von der intramuralen Betreuung auf die extramurale Nachsorge zu ermöglichen, sollte die Nachsorgeambulanz bereits deutlich vor der Entlassung regelmäßigen Kontakt mit dem Probanden aufnehmen und pflegen.<sup>25</sup> Dönisch-Seidel schlägt zudem die Einrichtung einer „mobilen Ambulanz“ vor, um in Krisensituationen auch für nicht im Einzugsgebiet der Nachsorgeambulanz befindlichen Klienten eine schnelle Hilfe zu ermöglichen (Dönisch-Seidel 1996 S. 72). Diese könnte in größeren Flächenländern zumindest kurzfristige Hilfen ermöglichen. Neben einer breiten Angebotspalette und der Berücksichtigung der genannten Faktoren muss aber auch eine ausreichende Bertreuungsdichte in der Nachsorge gewährleistet sein, da sonst das beste Nachsorgekonzept nicht erfolgreich sein kann, wenn sich der entlassene Sexualstraftäter weiterhin mit seinen Problemen allein gelassen fühlt (Bermetz 2007).<sup>26</sup>

Ebenso wie im sozialtherapeutischen Jugendstrafvollzug gibt es hier gegenwärtig einige Planungen und Entwicklungen, die möglicherweise durch die explizite Aufnahme von „forensischen Ambulanzen“ in den Katalog der Weisungsmöglichkeiten im Rahmen der Führungsaufsicht begünstigt werden (vgl. Kapitel D.1). In München<sup>27</sup> und

<sup>24</sup> Vergleiche hierzu die Ausführungen in Kapitel E.

<sup>25</sup> In der Sozialtherapeutischen Anstalt Baden-Württemberg (Asperg) gibt es seit 2003 eine eigene Nachsorgekonzeption. In dieser wird vorgesehen, dass die Nachsorge bereits ein halbes Jahr vor der Entlassung vorbereitet und eingeleitet werden soll (Goderbauer 2008, S. 23).

<sup>26</sup> Zitiert bei Goderbauer 2008, S. 23 f.

<sup>27</sup> Zu Beginn des Jahres wurde zwischen dem Evangelischen Hilfswerk und dem bayerischen Justizministerium der Vertrag für das Modellprojekt „Münchener Fachambulanz“ unterschrieben. In der Fach-

Bochum<sup>28</sup> befinden sich beispielsweise neue Ambulanzzentren als Modellprojekte bereits im Aufbau und auch in Sachsen-Anhalt<sup>29</sup> soll eine solche Einrichtung von Seiten der Justiz entstehen. Der (geplante) Ausbau der ambulanten Nachsorge von (Sexual-)Straftätern ist sehr zu begrüßen und zeigt, dass diese Thematik zunehmend wichtiger wird, auch wenn eine annähernd flächendeckende Angebotsstruktur noch weit entfernt scheint.

---

ambulanz sollen entlassene Sexualstraftäter eine psychotherapeutische Nachsorge erhalten. Die Ambulanz wird voraussichtlich im Juli 2008 eröffnen. (*Merkur* (2008). *Fachambulanz für entlassene Sexualstraftäter - Modell in München* [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.merkur-online.de/regionen/mstadt/art8828,890130> [29.02.2008].

<sup>28</sup> Durch das Projekt *Bochumer Ambulanzzentrum e. V.*, das für die Jahre 2008 und 2009 durch die *RWE Jugendstiftung gGmbH* finanziert wird, sollen junge Sexualstraftäter eine Therapie erhalten. Weitere Informationen unter: <http://kkw-biblis.rwe.de/generator.aspx/presse/language=de/id=76858?pmid=4002005> [03.03.2008].

<sup>29</sup> *Ministerium der Justiz Sachsen-Anhalt* (2007). Pressemitteilung Nr.: 057/07 vom 26. September 2007. [Internet] Verfügbar unter: [http://www.asp.sachsen-anhalt.de/presseapp/data/mj/2007/057\\_2007.htm](http://www.asp.sachsen-anhalt.de/presseapp/data/mj/2007/057_2007.htm) [04.02.2008].

## **E. Evaluation von Sozialtherapie im Justizvollzug**

### **E.1 Ergebnisse der Wirksamkeitsuntersuchungen zur Sozialtherapie**

Die erste Untersuchung zur Legalbewährung nach sozialtherapeutischer Behandlung stammt von *Rasch & Kühn* aus dem Jahre 1978 (s. Tabelle E.1). Die Untersuchung evaluierte die Behandlung in der damaligen Modellanstalt Düren auf der Grundlage eines experimentellen Designs mit Zufallszuweisung. Die kleine Stichprobe umfasste damals insgesamt 62 Probanden, die sich auf die Therapie- bzw. Kontrollgruppe zufällig verteilten. Die Daten zur Legalbewährung wurden über Strafregisterauszüge erhoben und auf ihre statistische Signifikanz überprüft. Es zeigte sich, dass in der Therapiegruppe die Hälfte der Probanden, in der Kontrollgruppe lediglich ein Drittel der Probanden nach einem mindestens dreijährigen Legalbewährungszeitraum keine weiteren Verurteilungen aufwiesen. Allerdings war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Diese Differenz kann daher nur als tendenzielle Bestätigung der Effizienzhypothese verstanden werden.

Diese Untersuchung von *Rasch & Kühn* sowie andere frühe Studien zur sozialtherapeutischen Behandlung wurden 1987 von *Lösel, Köferl & Weber* in einer ersten Meta-Evaluation der Sozialtherapie vergleichend betrachtet. Insgesamt zeichnet sich für die untersuchten Studien ein moderater Haupteffekt der Sozialtherapie ab. Bei den Probanden der Sozialtherapie sind im Durchschnitt um 8-14 % häufiger positive Veränderungen (z. B. kein Rückfall) zu erwarten als bei den Probanden im Regelvollzug.

Die Ergebnisse späterer Metaanalysen von *Lösel* (1994) und von *Egg et al.* (2001) bestätigen nochmals diesen Befund mit einer mittleren Effektstärke bei sozialtherapeutischen Programmen von ca. .11. Zur Frage des Wirkungsvergleiches verschiedener Behandlungsformen können die bisherigen deutschen Studien allerdings keine Aussage machen, da nicht einzelne Programmelemente, sondern gesamte Institutionen evaluiert wurden. Daher ist oft schwer zu sagen, warum positive oder negative Ergebnisse bestehen. Es gilt somit die Forderung nach differenzierten Evaluationen einzelner Behandlungsprogramme. Mit angemessenen Behandlungsprogrammen sollen bis zu 30 % geringere Rückfallquoten möglich sein (*Lösel* 1999, S. 299; *Wischka* 2001 S. 28), weswegen ferner auch allmähliche Programmanpassungen mittels entsprechender Forschungsprojekte erfolgen sollten, um dieser Schätzung in der Praxis näher zu kommen.

Tabelle E.1: Deutschsprachige Rückfallstudien zur (sozialtherapeutischen) Behandlung von Sexualstraf Tätern

Studie	(Sexualstraf Täter-)Behandlung	Stichprobengröße		Katamnese (Jahre)		Rückfallrate in %			
		N (BG)	N (VG)	BG	VG	sexuell		allgemein	
						BG	VG	BG	VG
Berner & Bolterauer (1995)	Sozialtherapie	46	-	5	-	30	-	63	-
Dolde (1980)	Sozialtherapie	62	107	4+	4+	47	61	14	12
Dünkel & Geng (1994)	Sozialtherapie	12	27	10	10	14	33	42	52
Dünkel (1980)	Sozialtherapie	27	79	3 - 5	3 - 5	17,6	21,5	41,2	40,5
Eher et al. (2006)	Beziehungsorientierten Behandlungsansatz im Anschluss an die Haftstrafe	60	47	7,1	7,1	11,7	21,3	23,3	34
Elz (2001) <sup>1</sup>	Missbrauchsdelikte	77		6		22		53	
Elz (2001) <sup>1</sup>	sexuelle Gewaltdelikte	181		6		19,2		68,5	
Jehle (2003) <sup>1</sup>	Rückfallstatistik	2.057		4				40	
Ortmann (2002)	Sozialtherapie	19	20	5	5	20	26,3	60	78,9
Rasch & Kühl (1977, 1978)	Sozialtherapie	30	27	3 - 4	3 - 4	36,7	51,9	13,3	14,8
Rehn (1979)	Sozialtherapie	162/189	-	1	-	-	-	52,5/ 43,9	-
Rehn (2001)	Sozialtherapie	11	-	2 - 5	-	0	-	36,4	-
Schmucker (2004)	Meta-Analyse: jegliche Behandlungsart	7.341 / 5.442	10.665 / 8.163	5,3	5,3	12	24	22	32
Seitz & Specht (2001)	Sozialtherapie	11	-	5	-	45,5	-	-	-
Stadtland et al. (2004)	Sozialtherapie	73	46	9	9	38,3	21,8	58,9	43,5
Ziethen (2002)	Sozialtherapie	66	66	7,3	7,3	27,3	27,3	74,2	78,8

<sup>1</sup> Bei diesen Studien handelt es sich nicht explizit um Untersuchungen zu behandelten Sexualstraf Tätern. Sie wurden dennoch in die Übersicht mit aufgenommen, da es sich dabei um deutschsprachige Rückfallstudien neueren Datums handelt, die den gegenwärtigen Forschungsstand in diesem Bereich repräsentieren sollen.

Bisher gibt es in Deutschland nur eine sehr begrenzte Anzahl an Evaluationen zur sozialtherapeutischen Behandlung von (Sexual-)Straftätern. In Tabelle E.1 sind deutschsprachige Rückfallstudien von (sozialtherapeutisch) behandelten Sexualstraftätern angegeben. Es handelt sich dabei überwiegend um Evaluationsstudien neueren Datums oder um Evaluationen mit hoher Relevanz. Speziell zur Sozialtherapie von Sexualstraftätern gibt es lediglich knapp ein Dutzend Studien. Die Stichprobengrößen fallen aufgrund ihrer örtlichen Beschränkung auf einzelne sozialtherapeutische Einrichtungen relativ gering aus. Mit Ausnahme der Studie von *Ortmann* (2002) handelt es sich ausnahmslos um quasiexperimentelle Untersuchungen. Die geringe Stichprobengröße und die methodische Designschwäche setzt zwar die Aussagekraft der einzelnen Studien herab, aber durch die Menge der Studien kann der Sozialtherapie im deutschen Strafvollzug in der Gesamtschau eine positive Wirkung bescheinigt werden (*Drenkhahn* 2007, S. 222). Nicht abzuschätzen ist jedoch wie hoch die Publikationsbias ist (*Bortz & Döring* 2006, S. 694 f.), d. h. wie viele Studien, die keine oder sogar leicht negative Effekte für die Sozialtherapie angeben, erst gar nicht veröffentlicht wurden. Da aber, wie nachfolgend noch zu sehen ist, auch international signifikante positive Effekte für die kognitiv-behavioralen Behandlungsmaßnahmen im Strafvollzug nachgewiesen werden konnten, wird diese Datenverzerrung nicht sehr ins Gewicht fallen.

Im Gegensatz zu den bislang nur spärlichen Forschungsergebnissen in Deutschland weist die ausländische Forschung einige bedeutende Untersuchungen zur Sexualstraftäterbehandlung auf.<sup>1</sup> Im Folgenden wird nur auf Metaanalysen eingegangen, da diese eine Vielzahl von Studien einschließen und am besten ein Gesamtergebnis widerspiegeln. *Halls* (1995) Metaanalyse, die insgesamt 1.313 Sexualstraftäter aus dem nordamerikanischen Raum berücksichtigte, zeigt z. B., dass eine Behandlung die Rückfälligkeit von Sexualstraftätern signifikant beeinflussen kann. Die Rückfallrate für die Behandlungsgruppe lag bei 19 %, während 27 % der unbehandelten Sexualstraftäter einschlägig rückfällig wurden. Der mittlere Effekt über alle Studien betrug  $d = 0.24$  ( $r = .12$ ), d. h. im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Reduzierung der Rückfälligkeit um ein Viertel. Hinsichtlich der Art der Behandlungsmaßnahmen ergab die Arbeit von *Hall*, dass sowohl somatische als auch kognitiv-behaviorale Behandlungsmaßnahmen diesen positiven Effekt auf die Rückfälligkeit erzielten.

Eine weitere Metaanalyse stammt aus Kanada von *Hanson et al.* (2002). Die Untersuchung berücksichtigt im Unterschied zur *Halls* Analyse ausschließlich psychosoziale Behandlungsmaßnahmen; Studien zur medikamentösen Behandlung oder Kastration wurden nicht einbezogen. Der mittlere Effekt fällt dabei etwas niedriger aus ( $d = 0,12$ ;  $r = .06$ ), allerdings bestätigt das Ergebnis die internationalen Befunde der Reduzierung der Rückfälligkeit um ca. 12 %.

Eine Metaanalyse neueren Datums zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung stammt von *Schmucker* (2004) aus Deutschland. Sie hat den Anspruch, die bisher berücksichtigten Studien um eine Reihe neuerer Arbeiten zu ergänzen, insbesondere aus

---

<sup>1</sup> Allgemein ist die junge Wissenschaftsdisziplin der Evaluationsforschung in Deutschland deutlich weniger etabliert und professionalisiert als in den USA (*Wottawa & Thierau* 2003, S. 67 f.).



dem deutschsprachigen Raum. Eingeschlossen wurden 69 Untersuchungen (insgesamt 22.181 Sexualstraftäter), die den Erfolg einer Behandlung anhand von Rückfalldaten überprüften. Dabei handelt es sich nur um kontrollierte Designs ohne Einbeziehung von Behandlungsabbruchern, um ein Mindestmaß an methodischer Güte aufrechtzuerhalten (*Schmucker* 2004). Als Effektstärkemaß wurden Odds Ratios zugrunde gelegt; es ergab sich eine mittlere Odds Ratio von 0.59 ( $d = 0.29$ ), das entspricht einer Reduzierung der Rückfallquote um fast ein Drittel. Vergleicht man *Schmuckers* Metaanalyse mit der von *Hall* (1995), so zeigen sich vergleichbare Ergebnisse (*Schmucker*:  $d = 0.29$ ; *Hall*:  $d = 0.24$ ). Bei einer Spezifizierung der wirkenden Faktoren finden sich auch bei *Schmucker* folgende Trends: Kognitiv-behaviorale Programme und hormonale Behandlungen erbringen höhere Effekte; andere psychosoziale Interventionen zeigen geringere, teils negative Effekte. Darüber hinaus erwiesen sich ambulante Maßnahmen gegenüber institutionellen Behandlungen als erfolgreicher.

Die aktuellste Metaanalyse zur Legalbewährung von Sexualstraftätern stammt von *Hanson & Morton-Bourgon* (2005). Ingesamt wurden über 80 internationale Studien eingeschlossen, von denen jedoch keine aus Deutschland stammt. In einem durchschnittlich 5-6jährigem Follow-Up-Zeitraum wurden die Rückfallraten für allgemeine, gewalttätige und sexuelle Rückfalltaten ermittelt. Die durchschnittliche Rückfallrate lag sowohl bei sexuellen als auch bei gewalttätigen (nicht sexuellen) Rückfällen bei ca. 14 %. Demgegenüber betrug die allgemeine Rückfallquote 36,9 %. Leider finden sich in der Metaanalyse keine Unterscheidungen bei der Rückfallquote hinsichtlich des sexuellen Ausgangsdeliktes. Ferner wurden auch keine spezifischen sozialtherapeutischen Behandlungsmaßnahmen oder Methoden bei der Auswertung berücksichtigt. Jedoch konnten die Autoren ermitteln, dass besonders bedeutsame Faktoren zur Vorhersage von sexuellen Rückfällen ein stark deviantes Sexualverhalten und antisoziale Einstellungen sind (*Hanson & Morton-Bourgon* (2004).

Die Forschung hat also zum einen gezeigt, dass die seit über dreißig Jahren in Deutschland bestehenden sozialtherapeutischen Einrichtungen des Justizvollzuges einen wesentlichen Beitrag dazu leisten können, die Wahrscheinlichkeit erneuter Straftaten auch und gerade bei als besonders problematisch geltenden Gefangenen wie z. B. Sexualstraftätern zu senken. Zum anderen konnte der Beweis dafür erbracht werden, dass kognitiv-behaviorale Behandlungsmaßnahmen die besten Ergebnisse erzielen. Welche Forschungsbemühungen es aktuell in Deutschland zur Sozialtherapie von Sexualstraftätern gibt, um effiziente Behandlungsmaßnahmen zu gewährleisten und die Qualität für alle sozialtherapeutischen Einrichtungen zu sichern, ist Gegenstand des nächsten Abschnittes.

## **E.2 Aktuelle deutsche Evaluationsstudien zur Sexualstraftäterbehandlung in den sozialtherapeutischen Einrichtungen**

Ein weiteres Projektziel war die systematische Erfassung der in den Bundesländern laufenden Evaluationsprojekte zur sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug. Zu diesem Zweck wurde bei den Kriminologischen Diensten der Länder und bei den Leitern der sozialtherapeutischen Einrichtungen Informationen über laufende oder geplante Forschungsprojekte in diesem Bereich erfragt. Insgesamt konnten dadurch zwölf Evaluationsstudien zur sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern erfasst werden (s. Tab E.2). Von diesen sind seit Projektbeginn im Jahr 2004 drei Studien abgeschlossen worden. Insgesamt wurden und werden durch diese Projekte 32 sozialtherapeutische Einrichtungen<sup>2</sup> aus neun Bundesländern evaluiert. Bei den nicht erforschten sozialtherapeutischen Einrichtungen handelt es sich um die sozialtherapeutischen Abteilungen für Frauen und um fast alle Bundesländer, die bisher nur eine sozialtherapeutische Einrichtung haben. Für diese scheint sich die länderspezifische Erforschung (im Auftrag der Justiz<sup>3</sup>) nicht zu rechnen, da dort die Anzahl der Haftplätze in der Sozialtherapie deutlich geringer ausfällt. So verfügten am 31.03.2007 die evaluierten Bundesländer über durchschnittlich 177 sozialtherapeutische Haftplätze versus durchschnittlich 60 solcher Haftplätze in den nicht evaluierten Bundesländern.

---

<sup>2</sup> Inkludiert sind hier auch die beiden geschlossenen sozialtherapeutischen Einrichtungen Bautzen und Zeithain.

<sup>3</sup> Der überwiegende Teil der Evaluationsstudien wird im Auftrag der jeweiligen Landesjustizbehörden durchgeführt.

*Tabelle E.2: Aktuelle Evaluationsstudien zur Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Strafvollzug<sup>4</sup>*

<b>Titel</b>	<b>Bundesland</b>	<b>Hauptziel(e)/Hauptfragestellungen</b>	<b>Laufzeit</b>	<b>untersuchte Population</b>
Stichtagserhebung zur Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug von Baden-Württemberg	BW	Differentielle Beschreibung inhaftierter Sexualstraftäter nach biographischen und kriminologischen Merkmalen. Welche Sexualstraftäter werden von Therapieangeboten erreicht?	2002 - offen	alle wegen Sexualstraftaten am Stichtag (20.10.2002) im Strafvollzug Einsitzende
Prospektive Rückfallstudie über aus dem bayerischen Strafvollzug entlassene Sexualstraftäter	BY	Aufschlüsse über differentielle Therapie-Effekte bei unterschiedlichen Risikogruppen. Erhebung der wesentlichen Prädiktoren des Rückfalls und weiterer Merkmale der Gefangenen (Delikte, Haftverlauf und Entlassungssituation)	2004 - 2013	alle in Bayern nach bzw. ohne Teilnahme an Sozialtherapie ab 2004 entlassene Sexualstraftäter
Evaluation eines Trainingsmoduls zur Empathieförderung bei Sexualstraftätern an der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA St. Georgen-Bayreuth	BY	1. Förderung von Empathie 2. Differentielle Effekte auf allgemeine vs. tatbezogene Empathie 3. Auswirkungen auf die weitere Therapiemotivation, Teilnahmezufriedenheit 4. Abgrenzung zu Vergewaltigungs-/missbrauchsmymen	2005 beendet	wegen sexuellen Missbrauchsdelikten verurteilte Täter in sozialtherapeutischer Behandlung
Gruppentherapie für Sexualstraftäter im geschlossenen Strafvollzug. Erprobung einer Methode zur Evaluation von Therapieerfolg.	BE	- Zeitverlauf von therapiebedingten Änderungen in deliktrelevanten Einstellungen, Ansichten und deliktbezogenem Wissen prüfen - Veränderungen während des Therapieprozesses prüfen (subjektive Beurteilung der Gruppentherapie) - Entwicklung eines Instrumentariums zur Therapieverlaufskontrolle	2003 - 2005 beendet	Sexualstraftäter, die zu einer Haftstrafe verurteilt wurden, die sie (teilweise) verbüßen und die in diesem Rahmen einer sozialtherapeutischen Abteilung (speziell für Sexualstraftäter) zugeordnet werden.
Evaluation des SOTP in sozialtherapeutischen Einrichtungen in Hamburg.	HH	Evaluation des SOTP. Wie wirkt sich die Teilnahme am SOTP auf kognitive Verzerrungen, einschlägige Einstellungen und die Opferempathie aus? Verfügen die Teilnehmer über einen realistischen Rückfallvermeidungsplan?	2000 - offen	Sexualstraftäter, mit bzw. ohne Teilnahme am SOTP in sozialtherapeutischen Einrichtungen und vergleichbare Gruppen von Sexualstraftätern aus dem Regelvollzug

<sup>4</sup> In der Rubrik Hauptziele und -fragestellungen wurden lediglich auch eben solche aufgeführt. Weitere Teil- und Unterziele der Projekte sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgelistet. Eine Übersicht über die aus den Projekten vorliegenden Veröffentlichungen und weiteren Informationsmöglichkeiten findet sich im Anhang G.2.3.

Effizienz der Straftäterbehandlung in der Sozialtherapeutischen Anstalt Kassel	HE	Hat sich die Effizienz der Straftäterbehandlung in der sozialtherapeutischen Anstalt Kassel nach Inkrafttreten neuer gesetzlicher Regelungen, gemessen an dem Kriterium der Legalbewährung, verbessert? Welche Behandlungsmethoden tragen besonders zur Rückfallvermeidung bei?	2003 - 2011	alle (1994 - 1997 vs. 2003 - 2006) aus der sozialtherapeutischen Anstalt Kassel entlassenen Gefangenen
Evaluation des Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS)	NI	Verändern sich durch das BPS deliktrelevante Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale? Einfluss der Rückfallrisikobelastung und der intellektuellen Leistungsfähigkeit auf den Behandlungserfolg	bis 2007	Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Einrichtungen mit Teilnahme am BPS vs. Sexualstraftäter im Regelvollzug
Evaluation der Sozialtherapie in Niedersachsen	NI	Feststellung der generellen und differentiellen Wirksamkeit der Sozialtherapie. 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?	2003 - offen	alle Gefangenen, die seit 2003 in einer niedersächsischen sozialtherapeutischen Einrichtung waren vs. rückverlegte Straftäter und Straftäter ohne Indikation
Evaluation der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter	NI	1. Untersuchung der Veränderung deliktrelevanter Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale 2. Einfluss von Behandlungsmotivation 3. Untersuchung prognostisch relevanter Faktoren	2001 - 2003 beendet	Alle in der Sozialtherapeutischen Abteilung Hameln II Aufgenommenen (min. 1 Jahr Haftzeit, voraussichtlich keine Abschiebung)
Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug NRW	NRW	Dokumentation von Art, Verlauf und Ergebnissen der Behandlung von Sexualstraftätern. Beschreibung der Gefangenenmerkmale, Systematische Erfassung diagnostizierter Behandlungsvoraussetzungen und -bedarfe, Analyse der Behandlungsverläufe, Rückfallanalyse	2000 - offen	alle Sexualstraftäter, die von Beginn 2000 bis Mitte 2003 eine Jugend- oder Freiheitsstrafe im Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen angetreten haben

(Jugendliche) Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Anstalten des Freistaats Sachsen <sup>5</sup>	SN	Darstellung und Analyse der Rückfallkriminalität von Sexualstraftätern, sowie der sie bedingenden oder auf sie Einfluss nehmenden Faktoren. Einschätzung und Verbesserung der Rahmenbedingungen der sächsischen sozialtherapeutischen Einrichtungen, Untersuchung prognostisch relevanter Faktoren.	2004 - 2013	alle Sexual- und Gewaltstraftäter nach § 9 StVollzG vs. alle Sexual- und Gewaltstraftäter im Regelvollzug
Kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle	ST	Inwieweit kann durch Sozialtherapie bei Sexualstraftätern das Rückfallrisiko gesenkt werden? Lassen sich durch Sozialtherapie (gezielt) dynamische Risikofaktoren beeinflussen? Wie stabil sind diese Veränderungen in Freiheit? Welchen Einfluss haben Rahmenbedingungen? Gibt es Selektionsprozesse bei der Probandenrekrutierung für die Sozialtherapie?	2001 - offen	alle Sexualstraftäter in der sozialtherapeutischen Anstalt Halle vs. behandelte bzw. unbehandelte Sexualstraftäter im Regelvollzug und Abbrecher der Sozialtherapie

<sup>5</sup> Das Projekt gliedert sich in zwei Bereiche: jugendliche Sexualstraftäter und Sexualstraftäter nach § 9 Abs. 1 StVollzG. Die Durchführung des Evaluationsprojektes erfolgt für beide Forschungsbereiche auf die gleiche Weise.

In fast allen Projekten werden Rückfalldaten erhoben (9mal), jedoch hat lediglich ein Projekt eine reine Rückfalluntersuchung zum Ziel. Die Fragestellungen der Evaluationsstudien im Bereich der Sozialtherapie zielen nicht mehr nur auf Ermittlung spezifischer Rückfallquoten ab, sondern reichen von der Erfassung selektiver Prozesse bei der Auswahl der Klienten für eine Sozialtherapie über die Wirkungsfeststellung einzelner Behandlungsmodule auf den Therapieerfolg bis zur Überprüfung der Qualität der Sozialtherapie. Damit decken die Evaluationsstudien ein sehr weites Themenspektrum mit teilweise hohen methodischen Ansprüchen ab. Diese neue Vielfalt in den Zielsetzungen dieser Projekte resultiert daraus, dass in vielen Studien die grundsätzliche Wirksamkeit der Sozialtherapie bestätigt wurde. Offen ist aber bisher die Frage, unter welchen Bedingungen ein möglichst großer Effekt erreicht werden kann (*Rehn 2002a*, S. 47). Der Umfang der Evaluationsprojekte reicht dabei von einer Diplomarbeit (Evaluation eines einzelnen Therapiemoduls) bis zur Vollerhebung eines Bundeslandes (z. B. Nordrhein-Westfalen). Durch neun Evaluationsstudien werden spezielle Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter evaluiert. Es handelt sich dabei um vier Evaluationen zum BPS (Evaluation des BPS, Evaluation der Sozialtherapien in Niedersachsen, Sexualstraftäter als Herausforderung für Forschung und Kriminalpolitik und Kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle) und um drei zum SOTP (Evaluation des SOTP in Hamburg, Gruppentherapie für Sexualstraftäter im geschlossenen Strafvollzug und Effizienz der Straftäterbehandlung in der Sozialtherapeutischen Anstalt Kassel). Hinzu kommen die bereits abgeschlossenen Evaluationen des Empathiemoduls und der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. Die methodisch relevanten Aspekte der einzelnen Projekte sollen im Kontext allgemein bedeutsamer Aspekte bei der Evaluation von Sozialtherapie nachfolgend betrachtet werden.

### **E.3 Relevante Aspekte bei der Evaluation von therapeutischen Interventionen im Strafvollzug**

#### **E.3.1 Allgemeine Gesichtspunkte**

Die Ziele von Evaluationsstudien im Justizvollzug zu (therapeutischen) Maßnahmen im Allgemeinen und zur Sozialtherapie im Speziellen sind üblicherweise die Messung von Therapieeffekten auf die Legal- bzw. Sozialbewährung (Ergebnisevaluation) sowie die Verbesserung von (Behandlungs-)Maßnahmen (Prozessevaluation). Zudem stellt sich bei einem so komplexen Gegenstand wie der Sozialtherapie die schwierige Frage, welche Behandlungsmaßnahmen bzw. -bestandteile für welche Klientel am wirksamsten sind, um Behandlungseffekte zu optimieren und Ressourcen ökonomisch einzusetzen (*Mittag & Hager 2000*).

Unabhängig von der Art und Zielsetzung des Evaluationsprojektes gibt es spezielle Aspekte zu beachten, die für eine aussagekräftige Evaluation von Sozialtherapie von Bedeutung sind. Der wichtigste Aspekt bezieht sich auf die Gültigkeit der Ergebnisse, d. h. die Frage, ob die gemessenen Effekte auch tatsächlich auf die Intervention zurückzuführen sind oder durch Störvariablen beeinflusst wurden. *Rossi (1988)* unterscheidet daher zwischen der Brutto- und der Nettowirkung von Programmen. Er defi-

niert die Bruttowirkung als Summe aus der Nettowirkung, der Wirkung externer Störfaktoren und von Designeffekten (Rossi 1988, S. 95 f.). Designeffekte kommen durch die Untersuchung selbst zustande (Rossi 1988, S. 96). Neben den Designeffekten haben aber vor allem Störfaktoren einen großen Einfluss auf die gemessene Bruttowirkung einer Behandlungsmaßnahme. Bei den Störfaktoren lassen sich interventionsabhängige (interne) und interventionsunabhängige (externe) Störvariablen unterscheiden (vgl. Hager & Hasselhorn 2000, S. 46 f.). So kann z. B. die Tatsache, dass überhaupt sozialtherapeutische Maßnahmen stattgefunden haben, einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Daher hat *Blass-Wilhelms* (1983a) auch als Kritik an den Evaluationsstudien zur Sozialtherapie angeführt, dass hier lediglich Effekte der Humanisierung von Strafvollzug gemessen würden. Der Aufenthalt eines Gefangenen in einer sozialtherapeutischen Einrichtung ist mit veränderten vollzuglichen Rahmenbedingungen verknüpft. Die Gefangenen dürfen und sollen mehr Verantwortung übernehmen, der Angleichungsgrundsatz gem. § 3 StVollzG findet eine besondere Berücksichtigung, Lockerungen gehören zum Konzept der Sozialtherapie und therapeutische Gemeinschaften spielen eine große Rolle. Aus diesem Grund wird es allein durch diese vollzuglichen „Vergünstigungen“ Effekte auf die gemessenen Ergebnisse geben. Aber nicht nur die tatsächlichen Veränderungen des Lebensumfeldes, sondern auch die Erwartung des Klienten an die Sozialtherapie üben einen positiven Einfluss auf die gemessenen Variablen aus. In beiden Fällen wären die ermittelten Veränderungen nicht auf die eigentliche therapeutische Intervention zurückzuführen, sondern auf die äußeren Rahmenbedingungen. Diese Einflüsse können aber kaum von der eigentlichen Behandlung getrennt werden. Eine genaue Ermittlung des Effektes, der durch die speziellen Rahmenbedingungen verursacht wird, ist aber nicht möglich.

Durch die Begrenztheit der Kapazitäten in den sozialtherapeutischen Einrichtungen kann z. B. keine ansonsten „unbehandelte“ Kontrollgruppe<sup>6</sup> in jeweils derselben Einrichtung untergebracht werden, um den Effekt dieser Faktoren beziffern zu können. Auch würde eine solche Versuchsanordnung weitere Störeinflüsse bedingen, wie im Folgenden zu sehen sein wird. Für eine reine Erfolgsmessung des Gesamtpaketes Integrative Sozialtherapie sind diese interventionsabhängigen Störvariablen nicht so relevant. Geht es aber um die Messung der Wirksamkeit einzelner Sozialtherapiemodule, wäre eine entsprechende Kontrollmöglichkeit dieser Störvariablen notwendig. Trennen und überprüfen kann und muss man aber einige interventionsunabhängige Störvariablen. Dies betrifft z. B. Merkmale des therapeutisch tätigen Personals. Diese sind zwar im Forschungsfeld Strafvollzug nicht bedeutsam variierbar, aber es können bestimmte Charakteristika erfasst werden. Standardmäßig und sehr einfach können Merkmale wie Alter, Geschlecht und Qualifikation erhoben werden. Aufwendiger, da schwer operationalisier- und messbar, ist hingegen die Erfassung der qualitativen Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Dieser Faktor wird aber mutmaßlich einen größeren Effekt auf den Therapieerfolg haben als die aufgeführten eher statischen

---

<sup>6</sup> Der Begriff der Kontrollgruppe wird aus Gründen der Einfachheit im Folgenden auch synonym für Vergleichs-, Referenz- und Kontrastgruppen verwendet und wird nicht einem ausschließlich experimentellen Design zugeordnet.

Merkmale. Auch bei den Klienten sollten die gerade genannten soziodemographischen Beschreibungsmerkmale identifiziert werden. Zusätzlich sollten die bekannten kriminogenen Faktoren (z. B. kriminelle Vorgeschichte, soziodemographische Daten usw.) erfasst werden, um später die gewonnenen Ergebnisse differenzierter betrachten zu können. Nur so lässt sich eine nach Täter- bzw. Persönlichkeitstypen differenzierte Wirksamkeit feststellen. In allen aktuellen Evaluationsprojekten<sup>7</sup> wurden und werden die kriminelle Vorgeschichte und soziodemographische Daten der Probanden erfasst. Ferner wurden Risikomerkmale (10mal), klinische Diagnosen (9mal) und Tätertypologien (9mal) ermittelt sowie Persönlichkeitsmerkmale (3mal) und in einem Fall der Haftverlauf. Diese Daten entstammen aus unterschiedlichen Informationsquellen. Ferner wurden und werden in drei Viertel der aktuellen Projekte auch Einflussfaktoren erfasst (s. Tabelle E.3).

Die drei Studien<sup>8</sup>, die solche Faktoren nicht erheben, benötigen diese Angaben aufgrund ihres Designs und ihrer Zielsetzung nicht.

*Tabelle E.3: Erhobene Einflussfaktoren*

<b>Einflussfaktor</b>	<b>n</b>
Basisangaben zum therapeutischen Personal	6
Zufriedenheit des Klienten mit der Behandlung	6
Klima der Einrichtung	4
Erwartungshaltung des Klienten gegenüber dem therapeutischen Vorgehen	4
Interaktion innerhalb des Gruppe	3
Interaktion Klient-Therapeut	2
Sonstiges [Teilnehmerengagement (durch Therapeuten), Einschätzung Therapieerfolg (durch Klienten)]	2

Neben den Merkmalen der therapiebeteiligten Personen und dem Klima der sozialtherapeutischen Einrichtung(en) sind ebenfalls die Standardrahmenbedingungen der Intervention bedeutsam. Es reicht nicht aus, lediglich die Anzahl, Häufigkeit und Dauer von Therapiesitzungen etc., also die rein quantitativen Merkmale zu erfassen, wie dies von allen zwölf Evaluationsstudien gemacht wird. Neben der Intensität muss auch die Implementation des Programms berücksichtigt werden. Hierzu ist eine Sicherstellung der Gleichbehandlung aller Probanden bezüglich der absolvierten Therapiemodule wichtig. Diese Forderung steht offensichtlich in einem Widerspruch zu den drei Prinzipien wirksamer Behandlungsprogramme (s. Kapitel B.2.1), nach der die besten Erfolge erzielt werden, wenn die Therapie an den individuellen Bedürfnissen des Klienten angepasst wird und die Intensität entsprechend seinem Risiko variiert wird. Fallen die Differenzen zwischen den Probanden bei diesem Punkt zu unterschiedlich aus, kann man nicht mehr davon sprechen, dass man ein bestimmtes Behandlungspro-

<sup>7</sup> Mit der Bezeichnung „aktuelle Evaluationsprojekte“ sind im Folgenden immer die in Tabelle E.2 aufgeführten Projekte zur Evaluation der sozialtherapeutischen Behandlung von Sozialtherapie im Justizvollzug gemeint.

<sup>8</sup> Es handelt sich dabei um zwei multizentrische Vollerhebungen und eine institutsspezifische interne Wirksamkeitsstudie.



gramm untersucht hat, sondern viele verschiedene (auch wenn es sich nur um Variationen handelt). Dadurch würde keine Möglichkeit zu allgemeingültigen Aussagen über die Wirksamkeit des therapeutischen Programms mehr bestehen. Daher ist eine Dokumentation des Behandlungsverlaufes der Probanden sehr wichtig. Dass es zu Variationen aufgrund individueller Bedürfnisse der Probanden in der sozialtherapeutischen Praxis kommt und kommen muss, ist ganz natürlich. Jedoch sollten diese nicht zu sehr von dem ursprünglichen Programm entfernt sein, um die erhobenen Daten sinnvoll interpretieren und auswerten zu können. *Rossi* (1988) schlägt daher vor, dass es je nach Evaluationsphase (s. u. Abb. E.1) eines Behandlungsprogramms eine unterschiedlich starke Einhaltung und Gewährleistung der Programm- und Behandlungsintegrität geben muss. Steckt eine therapeutische Intervention noch in den Kinderschuhen oder ist sie sehr umstritten, wird eine genauere Einhaltung der einzelnen Programm- und Behandlungsmodule notwendig sein, um die grundsätzliche Programmeffektivität zu belegen. In den aktuellen Evaluationsprojekten wird die Behandlungsintegrität meist entweder über Sitzungsprotokolle oder über Befragung der Klienten und Therapeuten in Ergänzung mit solchen Dokumenten erhoben. Die Programmintegrität wird jedoch nur in jeder vierten Studie erfasst, obwohl neun der zwölf Studien bestimmte Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter evaluieren. Damit wird die Interpretationsmöglichkeit der Ergebnisse erheblich eingeschränkt.

Es gibt zahlreiche weitere Störvariablen, die aber bei der Evaluation von Sozialtherapie im Strafvollzug nicht vollständig auspartialisiert werden können. Hierzu zählen (vgl. *Kury* 1983b, S. 39 ff.; *Rehn* 2002a, S. 49 ff.):

➤ Zwischenzeitliches Geschehen

Zwischen den Messungen im Pre- und Posttest (vor und nach der Intervention) können interventionsunabhängige Ereignisse bei Probanden eintreten, die sich auf den Behandlungserfolg auswirken können. Denkbar sind hier innerstationäre Vorfälle (z. B. personelle Veränderungen bei den Mitarbeitern der sozialtherapeutischen Einrichtungen oder der Wohngruppenmitbewohner, die zu Konflikten, Unsicherheiten o. ä. führen können) und extramurale Vorkommnisse (z. B. Todesfälle, Scheidungen und Geburt eines Kindes). Die Ereignisse können dabei positiver oder negativer Natur sein. Eine Wirkung auf den gemessenen Behandlungseffekt werden aber nur solche Geschehnisse hervorrufen, die von dem Probanden auch als für ihn bedeutsam bewertet werden. Gerade diese kognitive Zuschreibung ist aber – unabhängig von den Problemen für die Evaluationspraxis überhaupt extramurale Vorkommnisse verwertbar erheben zu können – kaum ermittelbar. Wichtig wäre hier dennoch die Erfassung besonderer stationärer Vorkommnisse, um diese bei der Interpretation mit einzubeziehen.

- Reifung  
Weiterhin können auch natürliche Veränderungen über einen Zeitverlauf bei den Probanden eintreten, die die abhängige Variable beeinflussen. Neben Reifungsprozessen, die einen Einfluss auf die Entwicklung der Sexualdelinquenz über das Lebensalter haben (Kury 1983b, S. 40), können aber auch Spontanremissionen auftreten (Lösel 1999, S. 293). Für die Kausalinterpretation ist daher eine geeignete Kontrollgruppe notwendig. Nur so kann das Ausmaß eingeschätzt werden, in dem das Treatment einen Einfluss auf die abhängige Variable hatte.
- Testeffekte  
Bei einer wiederholten Darbietung von Messinstrumenten können Testeffekte eintreten. Durch die nochmalige Durchführung eines Tests kann es zu einem veränderten Antwortverhalten kommen. Daher sollten Paralleltests oder weitere vergleichbare Verfahren angewandt werden, auch wenn diese eine andere Operationalisierung ausweisen und selbst wiederum eine Einbuße der internen Validität bewirken. Bei zu hoher Anzahl von eingesetzten Testverfahren und/oder zu häufigen Messungen wird es darüber hinaus auch Ermüdungseffekte geben, die ebenfalls die erhobenen Daten beeinflussen.
- Messung / Messeffekte  
Die Wiederholung eines Tests hat aber nicht nur beeinflussende Auswirkungen auf den Probanden, sondern auch auf den Versuchsdurchführenden. Durch die nochmaligen Messungen wächst die Erfahrung des Testanwenders mit dem Erhebungsinstrument. Diese kann zu Veränderungen z. B. bei Verhaltensbeobachtungen führen. Durch die Wahl der Messinstrumente und des Datenmaterials variiert die Genauigkeit und Reliabilität der Untersuchung. Daten durch psychologische Testverfahren, die in fast allen aktuellen Evaluationsprojekten (9mal) erhoben werden, zeichnen sich durch einen unterschiedlichen Grad an Durchschaubarkeit von Seiten der Probanden aus. So wird dem MSI ein sehr hohes Maß an Durchschaubarkeit nachgesagt, aber aufgrund mangelnder besserer Erhebungsinstrumente gibt es keine geeigneten Alternativen für die Feststellung psychosexueller Merkmale bei Sexualstraftätern. Auch sind die meisten Instrumente nicht anhand äquivalenter Populationen genormt und validiert, so dass ihre Ergebnisse nicht auf die Population der (Sexual-) Straftäter in den sozialtherapeutischen Einrichtungen übertragbar sein müssen (vgl. Stadtland et al. 2006).
- Selektion  
Der Hauptkritikpunkt bei der Evaluation von Sozialtherapie im Justizvollzug bezieht sich auf die systematischen Unterschiede zwischen der Behandlungs- und der Kontrollgruppe. Diese Verzerrungen sind aber in diesem Fall systemimmanent (vgl. Boruch 2000, S. 66). Eine randomi-

sierte Zuordnung<sup>9</sup> von Probanden zur Kontroll- oder Behandlungsgruppe kann – unabhängig von ethischen Bedenken bei einer solchen Vorgehensweise – aufgrund rechtlicher Limitierungen in Deutschland nicht umgesetzt werden. Durch die Bestimmungen des § 9 Abs. 1 StVollzG werden die entsprechenden Sexualstraftäter in die Sozialtherapie verlegt. Geht man davon aus, dass hierdurch mindestens 80% der Zielgruppe erreicht werden, kann man von einer „vollständigen Erfassung“ durch das (sozialtherapeutische) Programm sprechen, die die Bildung einer „relevanten Kontrollgruppe“ unmöglich macht (Rossi 1988, S. 110).

Neben dieser dem Forschungsgegenstand (sozialtherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug) innewohnenden Selektion gibt es aber auch eine Indikationsbias, d. h. es finden sich zwischen den sozialtherapeutischen Einrichtungen deutliche Unterschiede bezüglich der Zuweisung eines Klienten zur Sozialtherapie. Diese sind einerseits durch unterschiedliche Indikationskriterien zwischen den Bundesländern (diesbezügliche Vorschriften und Gesetze) und andererseits auch noch zusätzlich durch differentielle Aufnahmepraktiken der sozialtherapeutischen Einrichtungen – selbst innerhalb eines Bundeslandes – bedingt.<sup>10</sup> Dieser Umstand hebt noch einmal die Wichtigkeit der sehr detaillierten Erhebung und Beschreibung der Probanden hervor, um solche unterschiedlichen Selektionsmechanismen und daraus resultierenden Verzerrungen offen zu legen. Die Selektionsmechanismen sind bereits Gegenstand von größeren Evaluationsprojekten, wie z. B. bei der *Stichtagserhebung zur Behandlung von Sexualstraftätern in Baden-Württemberg* oder der *Dokumentation der Behandlung von Sexualstraftätern in Nordrhein-Westfalen*.

➤ Mortalität

Unterschiede bei der Drop-out-Quote (Höhe des Ausfalls von Probanden im Laufe der Behandlungs-/Untersuchungszeit) können ebenfalls zu systematischen Unterschieden zwischen den Probandengruppen führen, was abermals zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Diese Art von Störung kann ebenso experimentelle Studien betreffen. Für die Evaluation der Sozialtherapie ist die Erfassung der Gründe für den Ausfall des Probanden aus dem Treatment wichtig. Speziell der Gruppe der Behandlungsabbrecher kommt eine besondere Bedeutung zu: durch sie können Selektionskriterien der sozialtherapeutischen Einrichtungen entdeckt werden (z. B. die Bevorzugung leichtere oder schwererer Fälle), und viel wichtiger, Straftätergruppen identifiziert werden, für die das Treatment nicht geeignet ist. Dadurch können sowohl die Indikationskriterien für

---

<sup>9</sup> Randomisierung bedeutet, dass aus einer Grundgesamtheit per Zufall eine Zuordnung der Probanden zur Behandlungsgruppe oder zur Kontrollgruppe erfolgt. Eine solche Losentscheidung ist die Voraussetzung zur Durchführung einer experimentellen Studie (Weiss 1974, S. 88 f.).

<sup>10</sup> Vergleiche hierzu die Ergebnisse zur Auswertung der Verwaltungsvorschriften in Kapitel A.2 und die Angaben der sozialtherapeutischen Einrichtungen zu den Aufnahmekriterien (Kapitel C.2.7).

eine Sozialtherapie verbessert werden, was angesichts begrenzter Ressourcen sinnvoll erscheint, und das Treatment kann zur Optimierung entsprechend modifiziert werden. Fast alle aktuellen Evaluationsprojekte erheben daher die Gründe für Behandlungsabbrüche. Dies ist umso wichtiger, je höher der Anteil der Behandlungsabbrecher an der Gesamtzahl der Probanden ist. Soweit bisher darüber Angaben aus den aktuellen Projekten möglich waren, ergibt sich eine Abbruchquote von 10 bis 36 % (Mittelwert = 30 %). *Schneider* (1999, S. 433) spricht von einer Behandlungsabbruchquote in der Sozialtherapie von 20 bis 60 % der Population. Wenn fast ein Drittel (ausgehend von den Quoten der aktuellen Evaluationsprojekte) der Probanden der Behandlungsgruppe durch einen Behandlungsabbruch ausfallen, erscheint eine genaue Analyse der jeweils vorherrschenden Indikations- und Behandlungspraxis dringend geboten. Dies gilt umso mehr, da es zahlreiche Belege für eine erhöhte Rückfallgefahr dieser Probandengruppe gibt (*Schneider* 1999, S. 446; *Schüler-Springorum* 2003, S. 590; *Wößner* 2006) und daher solche Abbrüche vermieden werden sollten.

Auch der weitere methodische Umgang mit dieser Probandengruppe kann deutliche Einflüsse auf die Untersuchungsergebnisse haben. Es ist sinnvoll, die Behandlungsabbrecher als separate Gruppe weiter zu führen und auszuwerten, um eine statistische Verzerrung der Forschungsergebnisse zu vermeiden. Sieben der elf aktuellen Projekte, die Behandlungsabbrecher aufweisen, wenden diese Vorgehensweise an. Weitere Optionen im Umgang mit Behandlungsabbrechern wären die Zurechnung dieser zur Behandlungsgruppe und / oder zur Kontrollgruppe sowie die Nicht-Weiterführung. Werden die Behandlungsabbrecher der Behandlungsgruppe zugerechnet, wie dies z. B. im Projekt zur *Evaluation des BPS* erfolgen soll, wird ein sehr konservatives Maß angelegt, bei dem ein positiver Effekt der Intervention umso höher zu bewerten ist. Rechnet man die Gruppe der Behandlungsabbrecher nur zur Kontrollgruppe, ist dies methodisch bedenklich. Durch diese Art der Zuordnung wird das Ergebnis der Kontrollgruppe künstlich verschlechtert, wodurch die positiven Ergebnisse der Intervention stärker hervorgehoben werden und damit in positiver Richtung verzerrt sind. Die Behandlungsabbrecher zum Teil zur Behandlungsgruppe und zum Teil zur Kontrollgruppe zuzurechnen, wäre keine angemessene Lösung, da hier keinerlei Rückschlüsse auf den Effekt dieser Gruppe auf das Ergebnis über den tatsächlichen Erfolg der Intervention möglich sind. Schließlich könnte man die Behandlungsabbrecher einfach innerhalb der Studie nicht weiterführen, wie das in zwei bereits abgeschlossenen aktuellen Evaluationsstudien praktiziert wurde. Da aber wie oben ausgeführt die Gründe für einen Therapieabbruch sowie die Anzahl der Behandlungsabbrecher Aufschlüsse über die Intervention geben können, sollten sie nicht aus einer Untersuchung ausgeschlossen werden. In drei Evaluationsprojekten wird aber eine mehrgleisige Strategie angewandt, d. h. es wird nicht nur eine Methode beim Umgang mit den Behandlungsabbrechern gewählt, sondern es werden verschiedene diesbezügliche Rechenmodelle durchgeführt. Welcher

Zweck dahinter steht, kann anhand der erhobenen Daten nicht geklärt werden. Soweit es in den aktuellen Evaluationsprojekten weitere Ausfälle neben den Behandlungsabbrüchen gab, wurden diese ebenfalls in den Untersuchungen protokolliert.

Weitere Beeinträchtigungen der internen Validität sind auch bezüglich der Probanden der Kontrollgruppe möglich. Diese können zu Verbesserungen oder Verschlechterungen der Testergebnisse der Probanden der Kontrollgruppe führen. Positive Effekte können durch Kontakte zwischen Mitgliedern der Behandlungs- und Kontrollgruppe entstehen („Ausstrahlung des Treatments“; *Kury* 1983b, S. 46), die sich über einzelne Behandlungsthemen austauschen und so entweder tatsächliche kognitive Veränderungen bewirken oder aber zu einer besseren Einschätzung der erwünschten Antworten bei den eingesetzten Testverfahren führen können. Das Bewusstsein der Probanden, Teil einer Kontrollgruppe zu sein, kann gegensätzliche Effekte haben. Es kann entweder zu einer Motivation, ebenfalls das Behandlungsziel zu erreichen, führen oder zu einem Motivationsverlust, da aus Sicht des Probanden das Vollzugspersonal nicht an seine Besserung glaubt, da sonst eine Teilnahme am Treatment möglich wäre (vgl. *Kury* 1983b, S. 46 f.). Umgekehrt kann durch das Bewusstsein der Probanden der Behandlungsgruppe an einer Intervention teilzunehmen schon eine Wirkung in die gewünschte Richtung verursachen. Dieser sogenannte „Hawthorne-Effekt“ kommt durch die Wahrnehmung einer erhöhten Aufmerksamkeit die eigene Person betreffend zustande (vgl. z. B. *Rossi* 1988, S. 106 f.). Um diesen Effekt zu eliminieren, wird gelegentlich vorgeschlagen, dass die Probanden der Kontrollgruppe eine Placebomaßnahme erhalten sollten (*Weiss* 1974, S. 89). Es erscheint jedoch unethisch, mit der Kontrollgruppe ein unwirksames Programmmodul durchzuführen. Eine abgeschwächte Version oder weniger wirksames Behandlungsmodul würde aber die Vergleichbarkeit der Effekte des Treatments auf die Behandlungsgruppe verzerren und eventuell abschwächen. Damit wäre eine Kausalinterpretation der gemessenen Effekte kaum mehr möglich. Die auf die Kontrollgruppe bezogenen Störfaktoren werden durch die (bewusste oder unbewusste) Haltung des Vollzugspersonals mit bedingt (*Kury* 1983b, S. 47).

Unrealistisch, da nicht forschungsökonomisch und umsetzbar, wäre die Vorstellung einer Evaluation der Sozialtherapie unter Kontrolle aller möglichen Störvariablen, und damit einhergehend die Feststellung der Nettowirkung eines sozialtherapeutischen Behandlungsprogramms. Die daraus resultierenden Ergebnisse wären dann nur noch für diese Probanden unter den zu dieser Zeit gegebenen Bedingungen gültig und nicht übertragbar. Damit wäre zwar die interne Validität gegeben, aber komplett zu Lasten der externen Validität, d. h. der Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Ein „echtes“ Experiment, bei dem alle potentiellen Störvariablen kontrolliert werden und die Ergebnisse ausschließlich auf die Intervention zurückzuführen sind, ist – abgesehen von den ethischen und rechtlichen Problemen – in einem komplexen System wie dem Strafvollzug nicht möglich (*Kury* 1983b, S. 29). Es wird folglich bei der Evaluation von Sozialtherapie immer eine Kompromisslösung zwischen der Ausprägung der internen und externen Validität gegeben müssen, wobei natürlich die innere Gültigkeit die Grundvoraussetzung für die Interpretierbarkeit der Ergebnisse ist (*Kury* 1983b, S. 34). Ein probates Mittel zur Minderung des Einflusses von Störvariablen auf die abhängige Vari-

able ist die Durchführung von Multicenter-Studien, so dass es durch den Vergleich mehrerer (sozialtherapeutischer) Einrichtungen zur Einebnung standortspezifischer Besonderheiten kommt. Solche Multicenterstudien finden aktuell in Bayern (*Prospektive Rückfallstudie*), Niedersachsen (*Evaluation des BPS* und *Evaluation der Sozialtherapie Niedersachsen*), Nordrhein-Westfalen (*Behandlung von Sexualstraftätern*) und Sachsen (*Sexualstraftäter als Herausforderung für Forschung und Kriminalpolitik*) statt. Die Erfassung möglichst vieler (potentieller) Störvariablen ist aber bei jeder Art von Evaluation im Strafvollzug notwendig, um den Einfluss bestimmter Variablen auf den Effekt der Intervention abschätzen zu können. Anhand der daraus resultierenden Ergebnisse können differentielle Wirksamkeiten festgestellt werden, die als Datenbasis für eine effektivere Anwendung oder Modifizierung der Behandlungsmaßnahme bzw. -module genutzt werden können.

Die Ergebnisse eines Evaluationsprojektes werden auch durch den Evaluator und die Beteiligung von Projektmitarbeitern an der Behandlungsdurchführung mitbeeinflusst. In Abhängigkeit von dem Zweck der Untersuchung und dem Vorverständnis des Forschungsgegenstandes werden das Design, der Fragenkatalog und die Dateninterpretation geprägt. Externe Evaluationsforscher kennen das Programm und das Interventionsumfeld nicht so gut wie Programmmitarbeiter, aber sie sind auch unabhängiger bezüglich der Erwartung Dritter an das Ergebnis und können eine methodisch saubere Evaluierung gewährleisten (vgl. z. B. Landert 1996; Rehn 2002a, S. 52; Rossi 1988, S. 40; Wottawa & Thierau 2003, S. 40). Auch führt die Beteiligung des Forschers an der Implementation des Behandlungsprogramms zu besseren Ergebnissen (Lösel 1998, S. 38). Empfehlenswert wäre daher ein gutes Zusammenwirken von Praktikern und Wissenschaftlern, indem sich ein forschender Praktiker von einem Methodiker bei seinem Projekt beraten und unterstützen lässt et vice versa (Kury 1983b, 69). Um die Unabhängigkeit und Objektivität der Forschungsergebnisse zu gewährleisten, sollte die Datenerhebung nicht von an der Intervention beteiligten Mitarbeitern durchgeführt werden, um Datenverzerrungen zu vermeiden. Datenverzerrungen bedeuten in diesem Fall, dass die Datenerhebung und -dokumentation aufgrund von fehlender Motivation, mangelnder Kenntnisse bezüglich des Erhebungsinstrumentes oder vom Forschungsergebnis (unbewusst) abhängiger Interessen nicht korrekt und gründlich genug durchgeführt werden. In der Forschungspraxis lässt sich die Datenerhebung durch Dritte meist nicht vermeiden, so dass zur Sicherung der Datenqualität spezifische Schulungen mit dem datenerhebenden Personal durchgeführt werden sollten, wie das beispielsweise im Projekt zur *Evaluation der Sozialtherapie in Niedersachsen* gemacht wurde. Schulungen sind immer dann notwendig, wenn die für das Forschungsvorhaben erforderlichen Daten nicht bereits standardmäßig in den sozialtherapeutischen Einrichtungen, zentralen Einweisungsanstalten und/oder Anstalten des Regelvollzuges erhoben werden. Bei zeitlich länger angelegten Studien sollten diese regelmäßig wiederholt werden, da es zu Fluktuationen beim Personal in den zu untersuchenden Einrichtungen kommt. Das neue Personal muss ebenfalls im Umgang mit dem Erhebungsinstrument geschult werden. Die Schulungen können darüber hinaus auch dazu genutzt werden, um die Motivation des Personals bei der Durchführung des Projektes

zu erhöhen, indem man die Mehrwerte des Projektes für sie deutlich hervorhebt.<sup>11</sup> Wird die Evaluation von behandlungsbeteiligten Mitarbeitern durchgeführt, wird unabhängig von der sonstigen Qualität eine gewisse Kritik hinsichtlich der Objektivität der Forschungsergebnisse nicht ausbleiben. Solche eigenen oder internen Evaluationen werden sich jedoch nicht vermeiden lassen, da finanzielle Mittel zur Erforschung der Sozialtherapie im Strafvollzug nur begrenzt erhältlich sind und manche Spezialfragen auch nicht in einem größeren Rahmen geklärt werden müssen. In solchen Fällen bedarf es einer genauen Dokumentation der Vorgehensweise und einer noch differenzierteren Auseinandersetzung mit Alternativerklärungen für die ermittelten Ergebnisse.

Damit die Kosten-Nutzen-Bilanz der Evaluationsstudie stimmt, muss auf geeignete Weise ein berechtigtes Forschungsinteresse befriedigt werden.<sup>12</sup> Dies kann nur durch die Wahl adäquater methodischer Instrumente und unter Verminderung validitätsgefährdender Faktoren erreicht werden. Hierzu gehören nicht nur die bisher aufgeführten und für alle Evaluationsstudien wichtigen Aspekte, sondern auch je nach Forschungsziel weitere Faktoren, die die Qualität und den Nutzen beeinflussen. Die Liste der weiteren potentiellen Störfaktoren für die interne und externe Validität der Ergebnisse einer Evaluationsstudie wird im Folgenden erweitert, soweit sie für den Forschungsgegenstand Sozialtherapie von Sexualstraftätern relevant erscheinen<sup>13</sup>.

### E.3.2 Besonderheiten bei Ergebnisevaluationen

Viele Evaluationsstudien zur Sozialtherapie im Strafvollzug haben das Ziel die Effektivität der therapeutischen Interventionen zu messen, wobei sich hier vor allem die Nettowirkung im Forschungsfokus befindet. Die Wirksamkeit wird in solchen Fällen üblicherweise anhand der Legal- oder der Sozialbewährung gemessen. Die Aussagekraft solcher Studien bemisst sich an folgenden Punkten:

- „Erfolgs“-Kriterium
- Laufzeit
- Kontrollgruppe
- Stichprobengröße
- Untersuchungsbedingungen

---

<sup>11</sup> Solche Schulungen oder allgemeine Informationsgespräche mit dem Personal der zu untersuchenden Einrichtungen ermöglichen den Abbau bestehender Ängste und Abwehrhaltungen, da Evaluationen von den Praktikern oft als reine Arbeitskontrolle verstanden werden (*Kury* 1983b, S. 70).

<sup>12</sup> Einzelne Aspekte ressourcenorientierter Evaluationsforschung finden sich bei: *Stockmann* 2006, S. 284 ff.

<sup>13</sup> Weitergehende Informationen zu Arten und Möglichkeiten von Störfaktoren der Validität finden sich z. B. bei *Kury* 1983b, S. 33 und *Rehn* 2002a, S. 49 ff.

### Erfolgskriterium

Der Erfolg einer (sozialtherapeutischen) Intervention lässt sich anhand des Kriteriums der Legal- oder Sozialbewährung messen.

Zur Feststellung der Legalbewährung muss der „Rückfall“ definiert werden.<sup>14</sup> Je nach Definition wird der (statistische) „Erfolg“ der Sozialtherapie variieren. Ist ein Rückfall als erneute Inhaftierung definiert, wird ein sehr hohes Maß angelegt und die Ergebnisse der Studie zum Behandlungserfolg werden folglich deutlich besser ausfallen als wenn eine erneute Verurteilung oder ein selbstberichteter Rückfall als Erfolgshürde herangezogen werden. Selbstberichte stellen die niedrigste Schwelle dar, aber sie erfordern auch einen höheren Erhebungsaufwand, da sie auf wahrheitsgemäßen und freiwilligen Angaben der Probanden beruhen. Die Erhebung von Selbstberichten dürfte somit die statistisch gemessene Wirksamkeit der Intervention mindern, sorgt aber auch für eine realistischere Einschätzung des (Langzeit-)Effektes der Behandlung als z. B. die Einholung und Auswertung von Bundeszentralregisterauszügen. Da das Dunkelfeld bei Sexualstraftätern als besonders hoch eingeschätzt wird (*Hahn* 2007, S. 42; *Kury* 2001, S. 72; *Tausendteufel, Bindel-Kögel & Kühnel* 2006, S. 55 f.), gewinnen hier auch Dunkelfelduntersuchungen an Bedeutung, um statistische Schätzungen bei Rückfalluntersuchungen mit lediglich einem hochschwelligem Rückfallkriterium vornehmen zu können.

In allen neun aktuellen Evaluationsprojekten, die Rückfalldaten erheben, wird eine erneute Verurteilung als Rückfall definiert. Ferner nehmen acht Studien ebenfalls eine erneute Inhaftierung als Rückfallmaß. In zwei Projekten<sup>15</sup> wird sogar die niedrigste Rückfallschwelle gewählt, der selbst berichtete Rückfall. Als Datenquelle für die Rückfallerkennntnis dient in allen Fällen die Einholung von Bundeszentralregisterauszügen; in einer Studie werden zusätzlich Auskünfte der Bewährungshilfe und andere Stellen herangezogen. Die zwei Studien, die darüber hinaus selbst berichtete Rückfälle erheben, müssen entsprechende Befragungen der Probanden vornehmen.

Die erfassten Rückfälle sollten je nach Art des Rückfalldelikts differenziert erfasst werden, um eine genauere Einschätzung des Erfolgs der Sozialtherapie vornehmen zu können. Hier wird in der Praxis (in den aktuellen Evaluationsprojekten) am häufigsten zwischen einschlägigem und allgemeinem Rückfall unterschieden. Kommt es zu einem einschlägigen<sup>16</sup> und schweren Rückfall, muss die Sozialtherapie in diesem Fall als gescheitert erachtet werden. Bei einer Rückfälligkeit mit einem anderen Delikt als dem Ausgangsdelikt, sind sehr unterschiedliche Interpretationen bezüglich der Wirksamkeit der Intervention möglich. Wichtig ist hier die Beachtung der Relation zwischen Ausgangsdelikt und Rückfalldelikt bezüglich der Schwere. Je nachdem ob man ein spezielles Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter untersucht oder aber eine

<sup>14</sup> Zur Problematik des Rückfallkriteriums bei der Erfassung des Behandlungserfolgs: s. *Lösel, Köferl & Weber* 1987, S. 45 ff.

<sup>15</sup> Es handelt sich dabei um das Projekt *Sexualstraftäter als Herausforderung für Forschung und Kriminalpolitik* sowie die *Kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle*.

<sup>16</sup> Als einschlägige Rückfälle sind hier erneute Sexualdelikte zu betrachten.



allgemeinere sozialtherapeutische Intervention können sich verschiedene Wertungen ergeben. In der Regel ist Sozialtherapie im Justizvollzug so angelegt, dass es zu einer Reduktion des allgemein kriminellen Verhaltens kommt. Damit wäre auch ein allgemeiner Rückfall als Misserfolg der Intervention anzusehen. Zielt das therapeutische Programm hauptsächlich auf die Vermeidung von Sexualdelikten, wäre auch ein Rückfall mit einer Straftat aus einem anderen Deliktsbereich ein gewisser Erfolg. Es wird also bei jeder Rückfallstudie eine differenzierte Betrachtung und Auswertung der Interventionsziele und der folgenden Rückfälle von Nöten sein, um bedeutsame Aussagen treffen zu können.

Deutlich schwieriger und aufwendiger gestaltet sich die Messung des Erfolgs der Sozialtherapie anhand der Sozialbewährung, die in keiner der aktuellen Evaluationsprojekte untersucht wird, obwohl schon *Kury* und wiederholt *Rehn* vor einigen Jahren auf die Notwendigkeit der systematischen Erforschung der Sozialbewährung hingewiesen haben (*Kury* 1983b, S. 63; *Rehn* 2002a, S. 53). Die erste Hürde einer Sozialbewährungsstudie stellt die Definition einer erfolgreichen sozialen Reintegration dar. Für ehemalige Straftäter bieten sich als Indikatoren eines Erfolgs der Sozialtherapie das Vorhandensein einer eigenen Wohnung, einer Arbeit, positiver sozialer Bindungen, einer (sonstigen) Alltagsstrukturierung (z. B. der Freizeit durch Mitgliedschaft in einem Verein) und Schuldenregulierung. Diese sind jedoch in Abhängigkeit von den jeweils vorherrschenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu sehen. In konjunkturell schwachen Zeiten in denen auch hoch qualifizierte Kräfte keinen Arbeitsplatz finden, wird es für ehemalige Straftäter nur sehr schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt geben. Ferner erscheint es beispielsweise schwierig, es als Zeichen für eine schlechte soziale Reintegration zu sehen, wenn keine familiären Bindungen vorliegen, weil die meisten Straftäter aus zerrütteten Familien stammen. Neben den genannten klassischen Erfolgskriterien müssten in Wirksamkeitsstudien zur Sozialbewährung weitere geeignete Erfolgsmerkmale berücksichtigt werden. Bisher fehlen aber Erkenntnisse über geeignete Marker einer erfolgreichen Sozialbewährung von (Sexual-)Straftätern nach einer sozialtherapeutischen Behandlung. In diesem Bereich müsste erst eine Ausgangsbasis (vgl. *Stockmann* 2006, S. 179 f.) mit qualitativen Studien geschaffen werden, in denen vorläufige Theorien über die Wirkungsbereiche und -faktoren der Sozialtherapie auf die soziale Reintegration entwickelt werden. Die qualitativen Untersuchungen müssten sich dabei auf die sehr detaillierte Einzelfallanalyse von Straftätern konzentrieren, um die für weitere Untersuchungen relevanten Variablen zu extrahieren. Die daraus abgeleiteten Hypothesen können dann in der Folge durch eine quantitative Wirksamkeitsstudie mit entsprechender Erfolgsdefinition für eine soziale Reintegration untersucht werden. Die zweite Hürde zur Durchführung einer Wirksamkeitsstudie zur Sozialbewährung stellt sich mit der geeigneten Operationalisierung der definierten Erfolgskriterien (vgl. auch *Lösel & Bender* 1997, S. 176). So kann zwar z. B. das Vorhandensein von Freunden erfragt werden, aber ohne weitere Erfassungsmöglichkeiten der Qualität und Anzahl der Freundschaften ist eine tatsächliche Einschätzung der Sozialbewährung nicht möglich. Die Umsetzung der durch die Sozialtherapie erlernten Verhaltensweisen zur Förderung der sozialen Reintegration (*Hager* 2000), wie z. B. die Reduktion und Kontrolle aggressiven Verhaltens des Probanden in Alltagssituationen, lassen sich kaum erheben. Die erfolgreiche Absol-

vierung von sozialen Bewährungsproben im Alltag könnten theoretisch nur durch Beobachtungen des Probanden im Feld festgestellt werden. Dies wäre allerdings praktisch nicht durchführbar und ethisch nicht zu rechtfertigen. Möglich wären hingegen neben Selbstberichten des Probanden Befragungen des Bewährungshelfers, um wenigstens einen Ausschnitt der Reintegration zu erfassen.

### **Laufzeit**

Um aussagekräftige Daten über die Legal- oder Sozialbewährung zu erhalten, muss die Laufzeit der jeweiligen Studie lang genug bemessen sein. Nur wenn der Follow-Up-Zeitraum lang genug bemessen ist, können auch Aussagen über die Langzeiteffekte und Persistenz einer Intervention getroffen werden. Ferner entspreche ein langer Nachuntersuchungszeitraum den Erkenntnissen über die lang andauernde Rückfallgefährdung bei Sexualstraftätern (Lösel 1999, S. 283). Andererseits wächst mit zunehmender Dauer des Follow-Up-Zeitraums der Einfluss von therapiefremden Störvariablen auf den Probanden (Hollweg & Liwon 2005; Lösel & Bender 1997, S. 175 f.). Um den Einfluss dieser Störvariablen in die Interpretation der Ergebnisse einbeziehen zu können, sollten mehrere Messungen im Follow-Up-Zeitraum erfolgen, die u. a. auch kritische Lebensereignisse erfassen. Aufgrund des hohen personellen und zeitlichen Aufwands wird dies in der Forschungspraxis jedoch kaum möglich sein. In den meisten früheren und aktuellen Evaluationsstudien, in denen (auch) Rückfalldaten erhoben wurden und werden, wird durchschnittlich ein 5-jähriger Follow-Up-Zeitraum gewählt. Dies hängt einerseits mit den im BZRG geregelten Tilgungsfristen von Bundeszentralregistereintragungen zusammen und andererseits mit inhaltlichen Erwägungen. Solche inhaltlichen Erwägungen beziehen sich z. B. auf die nach der Entlassung im Rahmen von Bewährungsaufgaben meist noch vorhandene staatliche Kontrolle. Diese wird einen gewissen positiven Einfluss auf die Legal- und Sozialbewährung der Probanden haben. Da die Bewährungszeit gem. § 56a Abs. 1 Satz 2 StGB maximal 5 Jahre betragen kann, wird innerhalb dieser Spanne bei den meisten Probanden nicht über die komplette Nachuntersuchungszeit eine solche staatliche Kontrollinstanz involviert sein. Bei kürzeren Follow-Up-Zeiträumen wäre der legalbewährungsfördernde Einfluss jedoch zu stark. Zu lange darf der Risikozeitraum jedoch auch nicht sein, da sowohl die Einflüsse von Störvariablen als auch Stichprobenausfälle zunehmen. Die Stichprobenausfälle stellen für alle Studien, die nicht nur Rückfälle anhand von Bundeszentralregisterauszügen auswerten, sondern auch erneute Befragungen der Probanden durchführen wollen, ein Problem dar. Je höher die Ausfallquote aufgrund langer Nachuntersuchungszeiträume, desto schwieriger ist die Beurteilung, ob es sich dabei um systematische Ausfälle handelt und welcher Art diese sind. Daher erscheint ein 5-jähriger Risikozeitraum ein geeigneter Kompromiss zu sein (Burger, Rather & Hülsemann 2006, S. 116), es sei denn, das Ziel der Evaluation ist die explizite Untersuchung der Langzeitwirkung. Auch der Beginn des Follow-Up-Zeitraums spielt eine wichtige Rolle. Dieser sollte für jeden Probanden mit dem Zeitpunkt der Entlassung beginnen, wie das auch in allen aktuellen Evaluationsprojekten, die Rückfalldaten erheben, vorgesehen ist. Würde der Risikozeitraum direkt nach dem Ende der therapeutischen Intervention beginnen, würden auch teilweise noch Inhaftierungszeiträume der Probanden erfasst, die zu einer Erhöhung der Dauer der Straffreiheit führen.

### **Definition der geeigneten Kontrollgruppe**

Die Definition einer geeigneten Kontrollgruppe ist ebenfalls ein bedeutsamer Aspekt bei der Evaluation der Wirksamkeit der Sozialtherapie. Ohne Kontrollgruppen ist die Beurteilung des Effektes der Sozialtherapie auf die Legal-/Sozialbewährung nicht möglich. Es kann sich dabei um unbehandelte Kontrollgruppen, Wartelisten-Kontrollgruppen oder Kontrollgruppen mit alternativer Behandlung handeln (vgl. *Hager* 2000, S. 182). Methodisch ideal wäre eine unbehandelte Kontrollgruppe. Sie ermöglicht im direkten Vergleich der Werte des Prä- und Posttestes zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe eine eindeutige Aussage über den Effekt der sozialtherapeutischen Intervention. An einer unbehandelten Kontrollgruppe könnte man darüber hinaus auch die natürlichen Veränderungen eines Merkmals über die Zeit erkennen. Da aber im Regelvollzug ebenfalls therapeutische Elemente vertreten sind, kann es bei der Evaluation von Sozialtherapie nur um einen Vergleich von einem Weniger versus einem Mehr an Behandlung gehen (*Lösel* 1998, S. 49). Damit ist die Bildung tatsächlich unbehandelter Kontrollgruppen in der Praxis nicht möglich. Bei Wartelisten-Kontrollgruppen sind ähnlich genaue Aussagen möglich. Die Wartelisten-Kontrollgruppe bleibt in diesem Fall während der Erhebungsphase unbehandelt und erhält die Behandlung erst nach der Abschlussmessung. Dieses Design lässt sich sehr gut in Bereichen einsetzen, in denen die Kapazitäten knapp sind (*Campbell* 1969; *Weiss* 1974, S. 95). Da die geschätzten Bedarfe (*Rehn* 2001) für sozialtherapeutische Haftplätze immer noch deutlich über der vorhandenen Anzahl liegen, trifft dieses Begrenztheitskriterium für die Sozialtherapie zu. Speziell durch die neuen Regelungen im Jugendstrafvollzug zur Sozialtherapie wird sich in einigen Bundesländern eine solche Methodik sehr gut anwenden lassen, da trotz teilweise bestehender Übergangsfristen für Neu- und Umbauten in diesem Bereich nicht damit zu rechnen ist, dass es ausreichend Haftplätze für junge Gefangene in sozialtherapeutischen Einrichtungen geben wird (vgl. Kapitel A.3). Bei einem solchen Design gibt es jedoch das Problem, dass die Kontrollgruppe in Erwartung einer Behandlung ist und sich dadurch schon Verbesserungen ergeben können. Ferner kann man behandlungsbedürftige Straftäter nicht aus Forschungszwecken einer Wartelisten-Kontrollgruppe zuordnen, bei denen erst lange Zeit später (sofern die Haftstrafezeit überhaupt reicht) eine therapeutische Intervention erfolgt (*Lösel* 1999, S. 284 f.).

Erhält die Kontrollgruppe eine alternative Behandlung, wird es schwieriger, Aussagen über den genauen Effekt der Intervention zu machen, da es sowohl in der Experimentalgruppe als auch in der Kontrollgruppe zu Veränderungen kommen wird. Es ist in diesem Fall nicht festzustellen, ob es sich bei den Veränderungen um natürlich zeitliche Veränderungen handelt oder ob sich diese auf die Intervention zurückführen lassen.

Wie bereits oben ausgeführt, wäre zwar eine randomisierte Kontrollgruppenbildung methodisch ideal, aber diese ist rechtlich nicht zulässig. Es gab daher bisher nur eine einzige Studie aus Deutschland mit einem experimentellen Design.<sup>17</sup> Nicht randomisierte Methoden der Zuweisung zur Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe können mit individuellem oder stratifiziertem Matching erfolgen (*Bortz & Döring 2006*, S. 526 f.), damit die Probanden der Kontrollgruppe möglichst mit den Probanden der Behandlungsgruppe übereinstimmen (*Boruch 2000*, S. 65; *Rehn 2002a*, S. 50). Beim individuellen Matching wird für jeden Behandlungsteilnehmer ein nichtbehandelter Kontrollproband gesucht, der ihm in relevanten Aspekten entspricht. Beim stratifizierten Matching werden Maßnahmen ergriffen, um bestimmte relevante Variablen in beiden Gruppen vergleichbar zu halten, z. B. Stratifizierung nach Deliktart. Das individuelle Matching ist dem stratifizierten Matching folglich in der Vergleichbarkeit der beiden Gruppen überlegen, aber auch erheblich schwerer umzusetzen und lässt sich nicht immer verwirklichen. Dennoch wird in zwei aktuellen Studien versucht, ein individuelles Matching vorzunehmen (*Sexualstraftäter als Herausforderung für Forschung und Kriminalpolitik* und *Kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle*). Sollte sich dies nicht adäquat umsetzen lassen, wird in diesen Fällen ebenfalls wie in vier weiteren Projekten ein stratifiziertes Matching angestrebt. Schließlich ist es ebenfalls möglich, „natürlich“ vorliegende Gruppen zu verwenden. Dabei werden keine spezifischen Maßnahmen ergriffen, um die Äquivalenz zwischen den Gruppen zu gewährleisten<sup>18</sup>. Aus diesem Grund muss bei dieser Art der Einteilung die Kontrollgruppe sehr detailliert anhand einer Basisdokumentation erfasst werden, um Störvariablen kontrollieren zu können. Natürlich vorliegende Gruppen können z. B. die Insassen der sozialtherapeutischen Anstalt A im Vergleich zu den Insassen der sozialtherapeutischen Anstalt B sein. Hier entsteht das Problem, dass sich in beiden Gruppen Unterschiede in den abhängigen Variablen finden werden, die dann nicht eindeutig auf die unabhängige Variable zurückzuführen sind. Das führt zu Einbußen in der internen Validität der Studie.

Aber nicht nur bei „natürlich“ vorliegenden Kontrollgruppen müssen möglichst viele Merkmale zur Beschreibung erfasst werden, sondern auch bei allen anderen Arten von Kontrollgruppen im Strafvollzug. Da sich die Behandlungs- und Kontrollgruppe aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Grundlage für Sexualstraftäter systematisch unterscheiden, können nur durch die Erfassung möglichst vieler Merkmale weitere systematische Differenzen in den Probandenstrukturen identifiziert und statistisch kontrolliert werden. Ziel ist es jedoch, die Unterschiede in zentralen Aspekten zwischen den Probanden der Behandlungs- und Kontrollgruppe zu eliminieren.

---

<sup>17</sup> *Ortmann (2002)* führte eine Längsschnittstudie zur Wirksamkeit der Sozialtherapie in den sozialtherapeutischen Anstalten Düren und Gelsenkirchen durch. Per Randomisierung wurden die Probanden der Behandlungs- und der Kontrollgruppe zugeordnet. Da die Stichprobenumfänge bei den sozialtherapeutisch behandelten Sexualstraftätern nur sehr klein waren, konnten leider keine statistisch signifikanten Ergebnisse bezüglich der Rückfallraten gewonnen werden.

<sup>18</sup> Natürlich vorliegende Kontrollgruppen werden in drei aktuellen Evaluationsprojekten verwandt. Die entsprechenden Kontrollgruppen bestehen aus Sexualstraftätern im Regelvollzug und Sexualstraftätern in der sozialtherapeutischen Einrichtung ohne deliktspezifische Behandlung.

Ferner bedarf es der genauen Erfassung des Inhaftierungsverlaufs der Kontrollgruppe (Rehn 2002a, S. 50). Die vollzuglichen Bedingungen zwischen dem Regelvollzug und der sozialtherapeutischen Einrichtung unterscheiden sich stark voneinander. Damit ergeben sich weitere Einflussquellen auf die abhängige Variable. Durch eine entsprechende Erfassung des Haftverlaufs der Probanden der Kontrollgruppe können zumindest die bedeutsamsten Differenzen im Vergleich zur Behandlungsgruppe bei der Interpretation der Studienergebnisse mit einbezogen werden. Besser wäre jedoch eine Kontrollgruppe mit ähnlichen vollzuglichen Bedingungen. Will man z. B. die Wirksamkeit einzelner Behandlungsmodule testen, würde sich eher eine Kontrollgruppe in derselben sozialtherapeutischen Einrichtung anbieten, da so die äußeren Rahmenbedingungen übereinstimmen. Dies wurde z. B. bei der *Evaluation des Empathietrainingmoduls* umgesetzt. Um aber eine Imitation des Treatments bei der Kontrollgruppe zu vermeiden (Kury 1983b, S. 45), sollten die Behandlungs- und Kontrollgruppe aus getrennten Wohngruppen stammen. Eine weitere geeignete methodische Vorgehensweise zur Feststellung der differentiellen Wirksamkeit kann darin liegen, dass man das zu untersuchende Behandlungsmodul den Probanden zeitlich versetzt darbietet (Blass 1983, S. 322). Es wären dann insgesamt drei Messzeitpunkte erforderlich, um die Wirksamkeit zu ermitteln: vor Beginn der Behandlung, nachdem Gruppe 1 das Modul absolviert und Gruppe 2 noch nicht damit begonnen hat und abschließend nach der Beendigung des Treatments der Gruppe 2 (Weiss 1974, S. 91 f.). Diese Methodik entspricht der o. g. Wartelisten-Kontrollgruppe, wobei die Gruppe 2 aber nicht in Erwartung einer Intervention insgesamt ist, sondern schon von Beginn an alle Behandlungsmaßnahmen bis auf das zu testende Modul erhält.

### Stichprobe

Die Stichprobengröße einer Evaluationsstudie hat einen entscheidenden Einfluss auf die möglichen Auswertungsmethoden. Je nachdem wie stark die Auswertung nach Untergruppen differenziert erfolgen soll, muss die Stichprobengröße entsprechend variieren. Eine Untergrenze für sinnvolle inferenzstatistische Aussagen bei einfachen Häufigkeitsberechnungen ist eine Mindestanzahl von 30 Probanden (Bortz 2005, S. 102). Je kleiner die Stichprobe ist, desto anfälliger werden die Ergebnisse für Verzerrungen durch Ausreißerwerte und desto geringer die Teststärke (Bortz & Döring 2006, S. 603). Möchte man allerdings multivariate Auswertungen durchführen, benötigt man auch angemessen große Stichproben. Je nach Zielsetzung und Fragestellung des Evaluationsprojektes sowie abhängig von den Auswertungsvorstellungen muss eine statistisch sinnvolle Mindestprobandenanzahl vorhanden sein<sup>19</sup>. Die Fallzahlen der Behandlungsgruppen der aktuellen Evaluationsprojekte reicht von 6 Probanden (*Evaluation des Empathietrainingmoduls*) bis zur Vollerhebung mit 1.262 Probanden (*Behandlung von Sexualstraftäter im Strafvollzug Nordrhein-Westfalen*). Daraus resultiert für die erste, bereits als Diplomarbeit abgeschlossene Untersuchung, dass die Daten nur eine geringe Teststärke aufweisen und lediglich univariate Verfahren wie die Berechnung von Prozentwertdifferenzen möglich waren. Demgegenüber sind mit

---

<sup>19</sup> Weitere Informationen zum „optimalen“ Stichprobenumfang finden sich bei Bortz & Döring 2006, S. 627 ff. und bei Bortz 2005, S. 86 und S. 125 f..

einer Fallzahl von 1.262 so ziemlich alle statistischen Auswertungsverfahren möglich. Ferner entfallen durch die Vollerhebungen zahlreiche Fehlerquellen, da aufwendigen Auswahlverfahren zur Stichprobengenerierung wegfallen und sich keine Probleme bzw. Einschränkungen mit der Repräsentativität der Ergebnisse ergeben können. Gerade die in diesem Bereich sehr umfangreich angelegten Untersuchungen<sup>20</sup> (*Stichtags-erhebung zur Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug von Baden-Württemberg, Prospektive Rückfallstudie im bayerischen Strafvollzug, Behandlung von Sexualstraftäter im Strafvollzug Nordrhein-Westfalen* sowie *Kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle*), nutzen diese Stichprobengrößen, um verschiedene multivariate Verfahren, wie beispielsweise Diskriminanzanalysen, Mehrebenenanalysen und das allgemeine lineare Modell durchzuführen<sup>21</sup>. Die mittels dieser Verfahren gewonnen Ergebnisse erlauben eine sehr differenzierte und statistisch fundierte Interpretation und Auswertung. Auch werden mit zunehmender Größe des Stichprobenumfangs die Stichprobenschwankungen verkleinert. Diese spielen vor allem bei der Erwartung geringerer Programmwirkungen eine wichtige Rolle, da in diesem Fall der Stichprobenumfang so weit erhöht werden sollte, „dass die Stichprobenschwankungen kleiner als die vermuteten Wirkungen sind“ (Rossi 1988, S. 100 f.). Relevant für die Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse zwischen Kontroll- und Behandlungsgruppe ist zusätzlich, dass die beiden ungefähr gleich groß sind. Gerade bei kleineren Stichproben können auch kleine Differenzen in der Fallzahl von Kontroll- und Behandlungsgruppe zu (statistischen) Effekten, den sog. Artefakten, führen (Hollweg & Liwon 2005, S. 153). Kleine Stichproben, geringe Teststärken und hohe Ausfallquoten haben kleinere Effekte für die untersuchte Intervention zur Folge (Lösel 1998, S. 44).

Je nach Wahl der Probanden der Stichprobe ergeben sich auch unterschiedliche Konsequenzen für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Wurden z. B. nur Probanden im Erwachsenenstrafvollzug untersucht, kann man nicht unbedingt diese Resultate auf junge Gefangene übertragen, auch wenn bisher festgestellt wurde, dass der durchschnittliche Behandlungseffekt bei erwachsenen und jungen Straftätern etwa gleich ist (Lösel 1998, S. 38). Neben der genannten Beachtung von Altersgruppen sollten u. a. auch bestimmte Delikttypen geachtet werden. Diesbezüglich gibt es gegenwärtig die o. g. Projekte zur Feststellung der differentiellen Wirksamkeit der sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern. Es muss also immer eine bewusste Auswahl der Stichprobe hinsichtlich der Zielsetzung des Projektes und eine detaillierte Beschreibung erfolgen, um anhand dessen auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse schließen zu können.

---

<sup>20</sup> Mit einem großen Umfang sind alle aktuellen Evaluationsstudien mit einer geplanten Stichprobengröße von mindestens ca. 500 Probanden gemeint.

<sup>21</sup> Informationen zu den hier genannten Verfahren: siehe Bortz (2005).

### Untersuchungsbedingungen

Ein weiterer sehr maßgeblicher Aspekt betrifft die Untersuchungsbedingungen. Neben der Kontrolle der Störvariablen ist eine Konstanzhaltung des Behandlungsprogramms und der direkten Rahmenbedingungen geboten. Während des Untersuchungszeitraums sollte es keine Veränderungen im Behandlungsprogramm in der sozialtherapeutischen Einrichtung geben sowie eher wenige Veränderungen der Rahmenbedingungen (z. B. Therapeutenwechsel, Verlegung in eine andere sozialtherapeutische Abteilung etc.). Die Konstanzhaltung dieser Punkte ermöglicht die Zuschreibung der ermittelten Effekte zur sozialtherapeutischen Intervention und eine spätere reliable Meßwiederholung (vgl. Rossi 1988 S. 122 ff.). Veränderungen z. B. der Behandlungskonzeption während der Projektlaufzeit sollten unbedingt dokumentiert und ggf. bei der Auswertung der Ergebnisse mit einbezogen werden. Die Wiederholung von Evaluationsprojekten durch andere Evaluatoren zur Absicherung der Ergebnisse sind besonders wichtig, da „der Maßstab für gesichertes Wissen nicht ein hochsignifikantes Resultat, sondern wiederholte Resultate mit statistischer Signifikanz“ ist (Weiss 1974, S. 115). Solche Reliabilitätsüberprüfungen werden jedoch kaum durchgeführt. Die mangelnde Reliabilität kann einerseits durch den Einsatz ungeeigneter und nicht valider Messinstrumente zustande kommen (s. o.) oder durch die erwähnten Programmmodifikationen.

### E.3.3 Besonderheiten bei Prozessevaluationen

Prozessevaluationen werden in den sozialtherapeutischen Einrichtungen im Justizvollzug durchgeführt, um die Effektivität von Sozialtherapie zu verbessern. Sie können dabei als globale Evaluation auf das spezielle sozialtherapeutische Programm als Ganzes oder als analytische Evaluation auf einzelne Behandlungselemente bezogen sein (Mittag & Hager 2000, S. 106).

Folgende Aspekte sind dabei von besonderer Bedeutung:

- Identifikation wirksamer Behandlungselemente
- systematische Variation
- Informationsbasis
- Veränderungsmessung

Zur Identifikation wirksamer Behandlungselemente und zur Überprüfung und Feststellung deren differentieller Wirksamkeit müssen (leichte) Variationen am Behandlungsprogramm vorgenommen werden. Am ökonomischsten ist es zwei Behandlungsgruppen zu vergleichen, die sich nur in einem Behandlungsmodul bzw. -aspekt unterscheiden. Durch den Vergleich des Behandlungserfolges beider Gruppen lassen sich nach und nach wirksame Elemente und Kombinationen von Behandlungselementen identifizieren. Eine weitere Möglichkeit, um ein Behandlungsprogramm zu verbessern, besteht in der Befragung der Probanden nach der Zufriedenheit und Veränderungswünschen bezüglich der therapeutischen Intervention. Durch diese Befragung können relevante Behandlungsaspekte erkannt werden, die dann auf ihre jeweilige Wirksamkeit hin überprüft und ggf. modifiziert werden können. Solche Probandenbefragungen werden z. B. aktuell im Projekt zur *Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle*

eingesetzt. Die Angaben der Probanden können aber aufgrund der strafvollzuglichen Rahmenbedingungen verfälscht sein (*Kury 1983a*).

Da sich sozialtherapeutische Behandlungsprogramme aus sehr vielen Einzelelementen zusammensetzen, bedarf es zahlreicher systematischer Variationen zur Überprüfung und Feststellung der differentiellen Wirksamkeit. Nach und nach können effektive und weniger effektive Behandlungsmodule unterschieden und so eine Modifikation des Behandlungsprogramms umgesetzt werden.

Ein besonders sensibler Bereich bei der Weiterentwicklung und Überprüfung von Behandlungsprogrammen ist die Kausalinterpretation der gemessenen Veränderungen. Diese Problematik bezieht sich einerseits auf den potentiellen Einfluss von Störvariablen und andererseits auf die vorhandene Informationsbasis. Um die Wirksamkeit der einzelnen Programmvariationen zu überprüfen besteht in der Forschungspraxis nicht die Möglichkeit jeweils eine eigenständige Wirksamkeitsstudie mit entsprechenden Follow-Up-Untersuchungen durchzuführen. Viel eher kann meist nur durch einen direkten Vergleich der Behandlungs- und Kontrollgruppe bezüglich der Prä- und Postwerte bestimmter Indikatoren die Wirksamkeit ermittelt werden. Damit besteht das Dilemma, dass das variierte sozialtherapeutische Behandlungsprogramm eine positive Wirkung auf die Legal- und Sozialbewährung haben soll, aber innerhalb der Prozessevaluation nur anhand anderer Kriterien justiert werden kann. Daher ist eine zentrale Aufgabe bei der Prozessevaluation neben der Festlegung der veränderungsbedürftigen Behandlungselemente auch die richtige Wahl der Erfolgskriterien und damit verbunden geeigneter Messinstrumente. Um den Einfluss von Störvariablen auf die gemessenen Veränderungen ausschließen zu können, muss es eine detaillierte Dokumentation über die vorgenommenen Modifikationen des Behandlungsprogramms und der Treatmentdurchführung geben (*Stockmann 2006, S. 199*). Dabei muss weiterhin sichergestellt werden, dass lediglich das variierte oder zusätzliche Behandlungsmodul verändert wurde und sonst alle anderen Bedingungen und Interventionen konstant gehalten werden. Der Einsatz einer Kontrollgruppe, die wie oben erwähnt z. B. das zusätzliche Behandlungsmodul nicht erhalten hat, ist neben der genauen Dokumentation eine weitere Voraussetzung für eine genaue Bestimmung der differentiellen Wirksamkeit. Nur so ist feststellbar, ob und in welche Richtung eine Veränderung bei der Behandlungsgruppe eingetreten ist. Um die Rahmenbedingungen der Behandlung konstant zu halten, bieten sich vor allem Kontrollgruppen in derselben sozialtherapeutischen Abteilung an, auch wenn diese Lösung wiederum eigene Störeinflüsse bedingen kann.<sup>22</sup> In einer Prozessevaluation ist folglich immer auch eine kleine Ergebnisevaluation in Form einer wiederholten Wirksamkeitsmessung impliziert, bei der die o. g. Evaluationsaspekte zu berücksichtigen sind.

---

<sup>22</sup> So ist z. B. ein Störeinfluss durch die „Imitation des Treatments“ möglich, wie in Kapitel E.3.2 unter Kontrollgruppen ausgeführt.



#### E.4 Fazit

Die Evaluation von Sozialtherapie im deutschen Justizvollzug weist noch keine sehr lange Geschichte auf. Erst knapp zehn Jahre nach Eröffnung der ersten Modellanstalt wurde die erste Wirksamkeitsstudie von *Rasch & Kühn* (1978) vorgelegt. Weitere wenige Legalbewährungsstudien, die sich lediglich auf einzelne sozialtherapeutische Einrichtungen bezogen, folgten in den nächsten zwei Jahrzehnten. Beginnend ab 1998, als die Sozialtherapie im Justizvollzug durch das „Gesetzespaket“ zu Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung eine neue Bedeutung gewann, kam auch neuer Wind in die Evaluation dieser. Neben den häufigeren Untersuchungen zur allgemeinen Rückfälligkeit von Sexualstraftätern wurden erneut kleinere und lokal sehr begrenzte Ergebnisevaluationen präsentiert (z. B. *Ortmann* 2002, *Ziehn* 2002). Erst in den letzten fünf Jahren scheint die Basis für eine umfassendere Evaluation der sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern gegeben zu sein, wie man an den aktuellen Forschungstätigkeiten (s. o.) sehen kann. Die laufenden Evaluationsprojekte weisen sehr spezifische und differenzierte Fragestellungen auf und sind häufig als multizentrische Studien angelegt. Auf diese Weise werden zahlreiche Störfaktoren der internen Validität umgangen, jedoch nur wenn es sich um Studien zur Feststellung der Wirkungen und Wirksamkeit von Sozialtherapie<sup>23</sup> oder die Klientenselektion geht. Will man hingegen prozessuale Veränderungen oder die Implementation eines Behandlungsprogramms ermitteln, muss man eher lokal forschen. Dieser Punkt weist erneut auf die Notwendigkeit hin, in Abhängigkeit von den zu beantwortenden leitenden Forschungsfragen eine Abwägung zwischen den verschiedenen die Validität einschränkenden Einflussfaktoren vorzunehmen, um möglichst exakte Aussagen unter den gegebenen spezifischen Bedingungen der Sozialtherapie machen zu können (vgl. *Stockmann* 2006, S. 225). Die Abwägung muss dabei dem Prinzip der Kontrolle entsprechen, d. h. dass für eine „hinreichend eindeutige Interpretierbarkeit alle nicht mit der Hypothese verbundenen und daher potentiell störenden Faktoren (Störfaktoren) zu kontrollieren sind, während die mit der Hypothese verbundenen oder hypothesenrelevanten Faktoren variiert werden sollen“ (*Hager* 2000, S. 182).

Eine ideale Lösung für ein methodisches Design ist „in einem komplexen System wie Strafvollzug nicht umsetzbar und die Ergebnisse wäre nicht alltagstauglich, da zu viele Bedingungen kontrolliert werden müssten“ (*Weiss* 1974, S. 92). Dadurch, dass keine „perfekten“ Evaluationsstudien zur Sozialtherapie im Justizvollzug möglich sind, sind Wiederholungsuntersuchungen und Kreuzvalidierungen sehr wichtig (*Kury* 1983b, S. 29). Aber auch hier besteht das Dilemma, dass man bei der Evaluation von psychologischen Interventionen im Strafvollzug immer mit anderen Menschen, anderen Vollzugsgestaltungen und anderen gesellschaftlichen Bedingungen zu tun hat (*Wirth* 1996, S. 495 f.). Aber auch wenn es keine Art konkretes „Kochrezept“ mit detaillierten Vorgaben darüber geben kann, wie man Sozialtherapie (von Sexualstraftätern) im Justizvollzug unanfechtbar evaluieren kann, gibt es neben den genannten relevanten Evalua-

---

<sup>23</sup> Entsprechend der Definition von *Hager & Hasselhorn* (2000, S. 44) ist mit „Wirksamkeit“ der beobachtbare Effekt einer Interventionsmaßnahme gemeint und „Wirkungen“ beziehen sich auf die theoretisch angenommenen Ursachen der beobachteten Verhaltensänderungen.

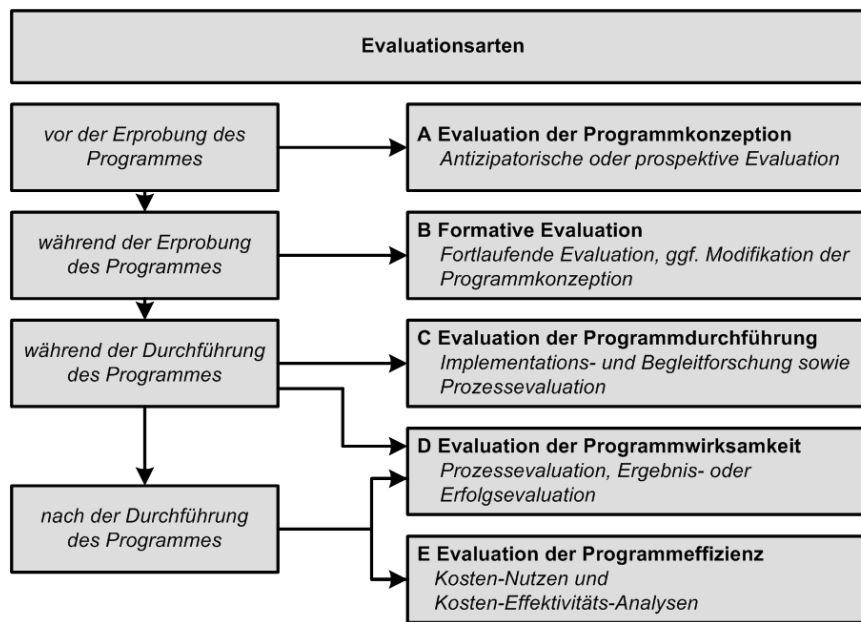
tionsaspekten auch Standards, die beachtet werden sollten: Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation hat Standards definiert, um die Qualität von Evaluationsstudien sicherzustellen.<sup>24</sup> Diese beziehen sich auf die vier grundlegenden Aspekte Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit. Diese Haupteigenschaften für Evaluationen untergliedern sich in weitere Unterbereiche, die insgesamt zur Qualität und Vergleichbarkeit von Evaluationsstudien beitragen sollen. Dies ist z. B. für spätere Meta-Analysen wichtig.

Die bisherige Forschung bezog sich im Bereich der Sozialtherapie für Sexualstraftäter, wie bereits ausgeführt, auf die reine Wirksamkeitsfeststellung. Hinzugekommen sind in jüngster Zeit u. a. Evaluationen zu Probandenstrukturen und Selektion, Qualität und differentiellen Wirksamkeit. Damit werden mittlerweile deutlich mehr Evaluationsarten einer umfassenden Programmevaluation wenigstens teilweise umgesetzt als zuvor (Mittag & Hager 2000, S. 108; vgl. Abbildung E.1). Für eine umfassende Evaluation der Sozialtherapie fehlen jedoch größere Effizienzuntersuchungen, die ermitteln mit welchem Ressourceneinsatz der größtmögliche gesellschaftliche Nutzen erreicht werden kann. Auch in den Evaluationsbereichen B bis D müssen weitere globaler (d. h. nicht nur auf einzelne Einrichtungen oder Bundesländer) bezogene Studien durchgeführt werden. Je mehr Studien zu bestimmten Fragestellungen, wie z. B. der Wirksamkeit bestimmter sozialtherapeutischer Behandlungsprogramme bzw. -module oder der „Passung“ und Indikation von Probanden, vorliegen, desto besser kann unabhängig von den methodisch „suboptimalen“ Einzelstudien eine (meta-analytische) Gesamtbetrachtung und -bewertung vorgenommen werden. Hierzu gehört es aber auch, dass Evaluationsstudien mit negativen Ergebnissen zu publizieren.

---

<sup>24</sup> Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2002). *Standards für Evaluation* [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=227> [01.02.2008].

Abbildung E.1: Rahmenkonzept zur Evaluation von Interventionsprogrammen (Mittag & Hager 2000, S. 108)



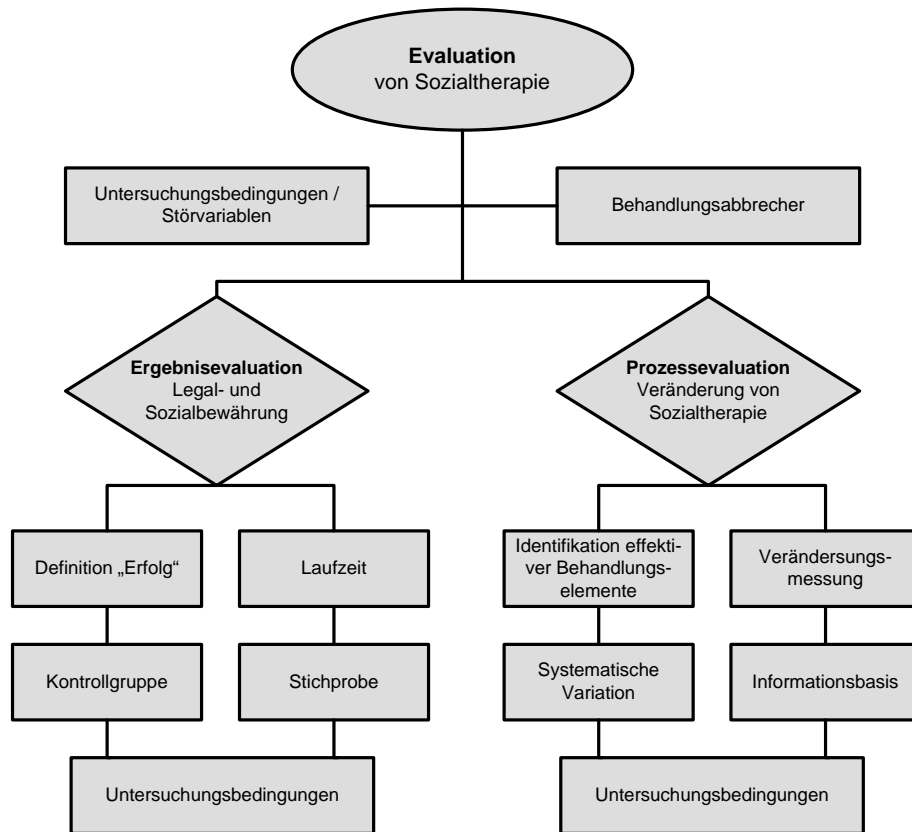
Ferner muss es eine einheitlichere Verwendung von Zieldefinitionen und Operationalisierungen geben. Bei der Legalbewährung ist diese schon recht einheitlich (s. o.), jedoch mangelt es an zusätzlichen Kriterien zur Feststellung weiterer Wirkbereiche der Sozialtherapie. Hier sind nicht nur Indikatordefinitionen notwendig (vgl. Kromrey 1998, S. 165), sondern auch valide Messinstrumente. Zu diesem Zweck müssten bereits im Vorfeld die Entwicklung und Normierung solcher Instrumente (z. B. Fragebögen, psychologische Testverfahren etc.) Gegenstand von Forschung sein. Welcher weitere Forschungsbedarf besteht und nach welchen Leitlinien und Standards bei der Evaluation von Sozialtherapie im Justizvollzug vorgegangen werden sollte, wird im nächsten Kapitel erörtert.

## F. Überlegungen zu einer Modellkonzeption zur Evaluation der Sozialtherapie

Die Konzeptionen der sozialtherapeutischen Einrichtungen sind, wie zu sehen war, sehr heterogen und facettenreich. Nicht nur die therapeutischen Interventionen unterscheiden sich, sondern auch die Rahmenbedingungen jeder einzelnen Einrichtung sind sehr individuell gestaltet. In den 16 abgefragten Themenbereichen zur sozialtherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern zeichnen sich einzigartige Institutionsprofile ab, die aus einer unverwechselbaren Mixtur organisatorischer und therapeutischer Rahmenbedingungen resultieren. Die Prinzipien der Integrativen Sozialtherapie (Einbezug des gesamten Lebensumfeldes, therapeutische Gemeinschaft und interdisziplinäres Vorgehen) schaffen ein sehr komplexes Behandlungsumfeld, das viele Restriktionen und Dilemmata für eine Evaluation „der“ Sozialtherapie hervorbringt. Die Komplexität, welche der Integrativen Sozialtherapie immanent ist, und das strafvollzugliche Umfeld verhindern eine perfekte und methodisch unangreifbare Evaluation (vgl. *Kury* 1983b; *Rossi* 1988, S. 94 f.; *Schriever* 2006, S. 263; *Stockmann* 2006, S. 224 f.).

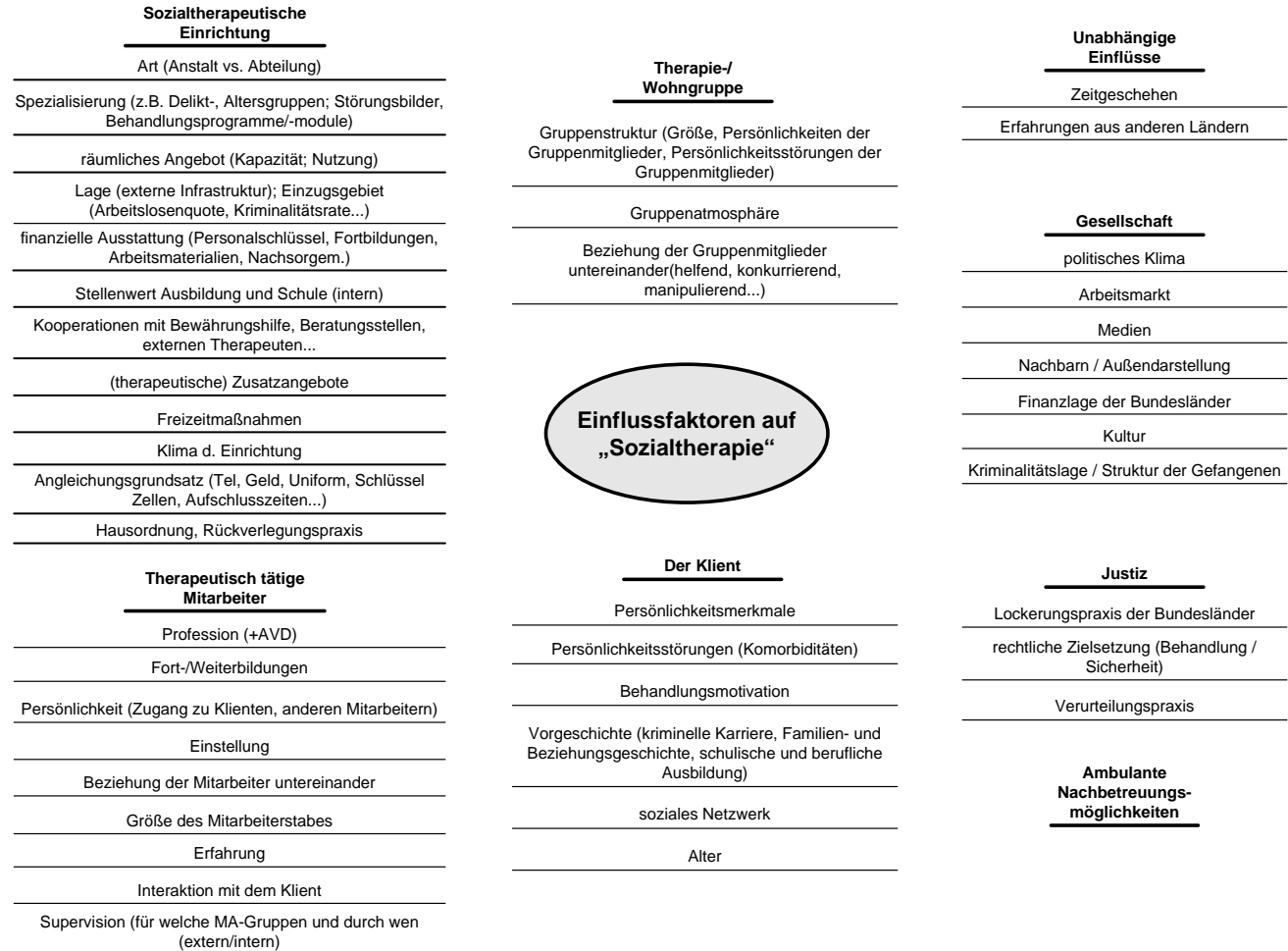
Dennoch lassen sich einige Aspekte benennen, die für eine Evaluation von Sozialtherapie relevant sind (s. Abbildung F.1). Diese wurden ausführlich im vorhergehenden Kapitel besprochen und sollen hier nur noch kurz in Bezug auf den Forschungsgegenstand Sozialtherapie im Justizvollzug erläutert werden. Grundsätzlich ist zwischen Ergebnis- und Prozessevaluationen zu unterscheiden. Ergebnisevaluationen (summativ-evaluationen) haben zum Ziel, Hypothesen nach Abschluss der Intervention zu prüfen, um deren Wirksamkeit zu ermitteln. Demgegenüber wird bei einer Prozessevaluation (formativen Evaluation) anhand regelmäßig erstellter Zwischenziele eine Modifikation und Verbesserung einer laufenden Intervention vorgenommen (*Bortz & Döring* 2006, S. 109 f.). Während bei einer summativen Evaluation von Sozialtherapie die Nettowirkung des sozialtherapeutischen Vorgehens und seiner einzelnen Bestandteile im Mittelpunkt steht, wird im Rahmen von formativen Evaluationen eine Bewertung der Programmimplementation sowie die Prüfung der Programmereichweite mit Hinblick auf das Ziel vorgenommen, um die sozialtherapeutische Intervention zu verbessern. Unabhängig von der leitenden Fragestellung und Zielsetzung der Evaluation muss immer eine Kontrolle potentieller Störvariablen erfolgen. Dabei sind die hypothesenfremden Störvariablen zu identifizieren und statistisch zu kontrollieren, um die Kausalinterpretation nicht zu gefährden. Erfasst werden sollten je nach Fragestellung z. B. Angaben zum therapeutisch tätigen Personal, Häufigkeit und Dauer der Therapiesitzungen, besondere Vorfälle in der sozialtherapeutischen Einrichtung (Personalwechsel, Konflikte etc.), zusätzlich durchgeführte therapeutische, schulische, berufliche und sonstige Maßnahmen und vieles andere mehr.

Abbildung F.1: Relevante Evaluationsaspekte



Die Liste potentieller Störvariablen ist in einem komplexen sozialen System wie der Integrativen Sozialtherapie im Justizvollzug nahezu endlos. Einen kleinen Einblick über die Variablen, die je nach Fragestellung sowohl Ziel- als auch Störvariable sein können, gibt Abbildung F.2. Es lassen sich interne und externe Faktoren der sozialtherapeutischen Behandlung von (Sexual-)Straftätern unterscheiden. Als intern sind alle institutions- und klientenabhängigen Variablen anzusehen. Externe Einflüsse ergeben

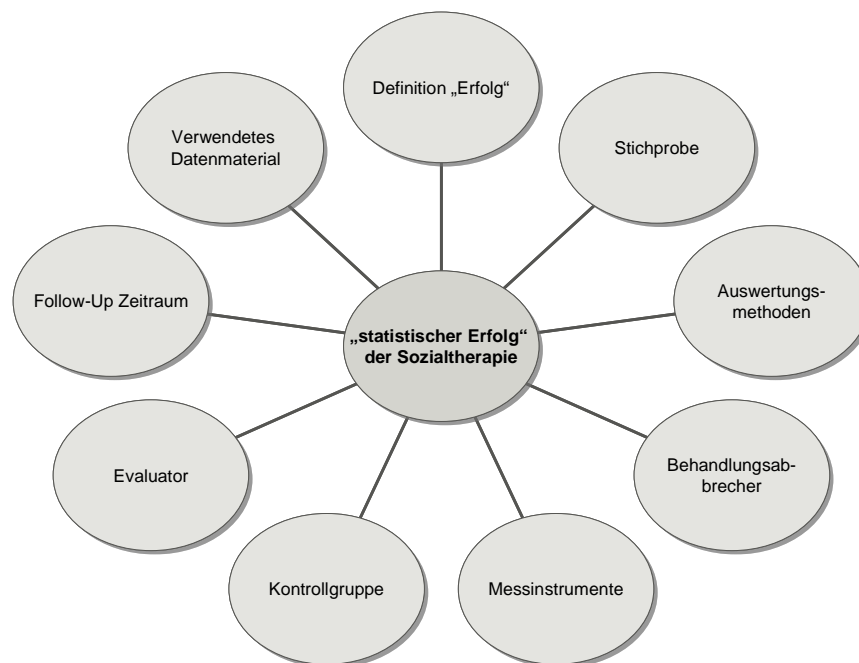
Abbildung F.2: Einflussfaktoren Sozialtherapie



sich während (Justiz und Gesellschaft) und nach der sozialtherapeutischen Behandlung (Art und Ausmaß der Nachbetreuung<sup>1</sup>). Diese stehen in einem interaktiven Verhältnis zueinander und sind daher nicht trennscharf voneinander abzugrenzen.

Weiterhin ist neben der Kontrolle der „richtigen“ Störvariablen unabhängig von der Art der Evaluation wichtig, dass die Gruppe der Behandlungsabbrecher der Sozialtherapie genau erfasst und – am optimalsten – als separate Gruppe in der Untersuchung weitergeführt werden. Die Behandlungsabbrecher nehmen eine Schlüsselposition bei der Evaluation der sozialtherapeutischen Behandlung im Justizvollzug ein, da durch sie Defizite erkenntlich werden und ebenfalls als ein Erfolgsmaßstab fungieren können. Je höher der Anteil an Behandlungsabbrechern, desto wahrscheinlicher sind Mängel bei der Indikation, Selektion, Programmkonzeption oder -umsetzung vorhanden. Sie stellen also einen wichtigen Indikator für die Effektivität der Sozialtherapiekonzeptionen im Justizvollzug dar. Rein statistisch gesehen wird der gemessene Erfolg von Sozialtherapie und die Validität der Evaluation durch folgende methodische Elemente beeinflusst (s. Abbildung F.3):

Abbildung F.3: Methodische Einflussfaktoren



<sup>1</sup> Die ambulanten Nachbetreuungsmöglichkeiten beziehen sich sowohl auf Aktivitäten von Seiten der entlassenden sozialtherapeutischen Einrichtung, als auch auf die von Seiten der Bewährungshilfe, Führungsaufsicht, freien Trägern der Straffälligenhilfe, der Agentur für Arbeit und von Nachsorgeambulanzen (s. Kapitel D). Bei den Nachsorgeambulanzen kommen ebenfalls ähnliche weitere Unterpunkte wie in den Kategorien „Sozialtherapeutische Einrichtungen“ und „therapeutisch tätige Mitarbeiter“ zum Tragen.

Die einzelnen Bereiche wurden bereits in Kapitel E erläutert. Die Abbildung dient der zusammenfassenden Visualisierung der wichtigsten methodischen Elemente bei der Planung und Durchführung von Evaluationen der Sozialtherapie. So ist z. B. darauf zu achten, dass die Stichprobe repräsentativ und ausreichend groß ist. Optimal sind Vollerhebungen, die in einem limitierten Forschungsfeld wie der Sozialtherapie von (Sexual-)Straftätern auch gut umsetzbar sind und bereits in manchen aktuellen Evaluationsprojekten umgesetzt werden. In Abhängigkeit von der vorhandenen Fallzahl ergeben sich entsprechende Konsequenzen für die möglichen statistischen Auswertungsmethoden und die Aussagekraft der Ergebnisse. Die Wahl der Erhebungsinstrumente kann ebenfalls zahlreiche validitätsgefährdende Stolpersteine bereitstellen. Beispielsweise können psychologische Testverfahren zu verzerrenden Daten führen, wenn sie an nicht adäquaten Populationen normiert, die Grenzwerte nicht optimal festgelegt wurden oder die sozial erwünschten Antworten zu leicht erkennbar sind. Ähnlich problematisch erscheint die Wahl einer geeigneten Kontroll-/Vergleichsgruppe. Es ist beispielsweise nicht nur mühsam, per (stratifiziertem oder individuellem) matching eine geeignete Kontrollgruppe zusammenzustellen, sondern es erweist sich auch als schwierig, neben den Daten über den Verlauf der Inhaftierung im Regelvollzug auch die notwendigen diagnostischen Daten der Kontrollprobanden zu erhalten. Hinzu kommen Probleme und Verzerrungen, die durch die Person des Evaluators entstehen. Bei internen (Selbst-)Evaluationen sind bewusste und unbewusste Verzerrungen möglich, aber es herrscht eine große Kenntnis über das Forschungsfeld und die problembehafteten Bereiche vor. Externe Evaluatoren müssen sich erst in das Forschungsgebiet inhaltlich einarbeiten, aber bei ihnen besteht nicht die Gefahr einer „Betriebsblindheit“. Leichterem Zugang zu den Akteuren des Forschungsgebietes (z. B. Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes der sozialtherapeutischen Einrichtung) zu Forschungszwecken haben jedoch interne Akteure. Hier wären Kooperationen von Praktikern und Wissenschaftlern sehr sinnvoll, um die genannten Probleme bei der Evaluation zu vermeiden.

Der Nachuntersuchungszeitraum ist zwar von der Fragestellung der Evaluation abhängig (Lang- und Kurzeffekte der sozialtherapeutischen Behandlung), aber aufgrund rechtlicher und pragmatischer Erwägungen hat sich ein 5jähriger Follow-Up-Zeitraum bei Ergebnisevaluationen zur Rückfälligkeit bewährt. Für solche Untersuchungen bieten sich immer Bundeszentralregisterauszüge an. Will man die Struktur und Wirkungen von Sozialtherapie erforschen, sollten aber vielfältige Datenmaterialien herangezogen werden. Welche sich am besten eignen (Therapieakten, Gefangenenpersonalakten, Gerichtsurteile, psychologische Testverfahren etc.), ist jedoch abhängig von der leitenden Fragestellung der Evaluation und mit den zeitlichen und personellen Ressourcen abzuwägen.

Schließlich spielt das Kriterium, an dem der Erfolg der Sozialtherapie gemessen werden soll, eine entscheidende Rolle. Dabei muss unterschieden werden, ob man als Evaluationsziel eine Feststellung des Ausmaßes der Veränderung verfolgt oder aber eine dichotome Erfolgsfeststellung vornehmen will (vgl. *Hager & Hasselhorn* 2000). Im ersten Fall geht man von einer ermittelten Ausgangsbasis der einzelnen Probanden aus und vergleicht später (während oder nach der sozialtherapeutischen Intervention) gemessene Daten damit, um das Veränderungsausmaß als Differenz zwischen den



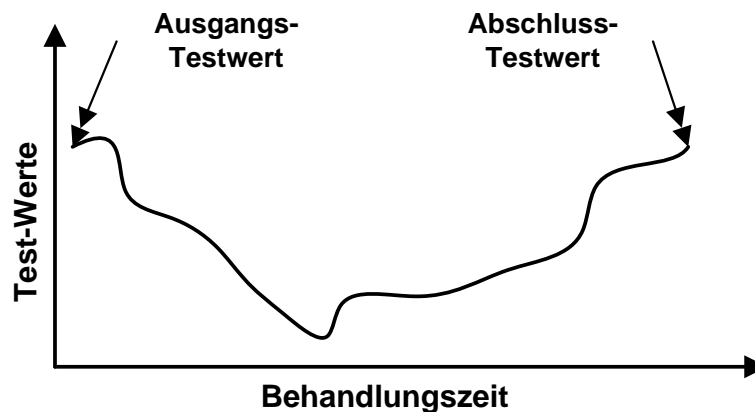
Werten zu bestimmen. Ob ein Erfolg vorliegt oder nicht, hängt letztlich von einer wertenden Entscheidung ab. Die Alternative ist die reine Festlegung eines dichotomen Erfolgskriteriums, wie die Legalbewährung anhand der jeweiligen Rückfalldefinition und -schwelle. Je nach Forschungsziel ist sowohl die eine als auch die andere Vorgehensweise sinnvoll, doch in der Regel wird die Legalbewährung eher dichotom für verschiedene Arten von Rückfällen gemessen. Die Sozialbewährung kann hingegen differenzierter über graduelle Veränderungsmaße bestimmt werden, wie z. B. die Größe des sozialen Netzwerkes und die Intensität bestimmter Kontakte.

Es müssen aber nicht nur die Indikatoren für einen Erfolg der Sozialtherapie festgelegt werden, sondern auch Grenzwerte gezogen werden. Hinzu kommt, dass auch die Feststellung, dass zu Beginn und am Ende der sozialtherapeutischen Intervention die gleichen Messwerte vorliegen, einen Erfolg bzw. positiven Effekt für die Sozialtherapie bedeuten kann.<sup>2</sup> Speziell bei psychologischen Testverfahren, die einen hohen Grad an Durchschaubarkeit hinsichtlich der sozial erwünschten Antworten aufweisen, werden viele Straftäter direkt vor Beginn der sozialtherapeutischen Behandlung versuchen, sich in ein gutes Licht zu rücken. Speziell die Klientel der Sexualstraftäter weist ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit auf (*Goderbauer* 2001, S. 120). Im Verlauf der Intervention öffnen sich die Klienten und die Antworten bei den Testverfahren werden ehrlicher ausfallen. Damit fallen die erreichten Testwerte zunächst ab und verschlechtern sich. Im weiteren Verlauf werden die Werte bei einer erfolgreichen Intervention wieder positiver ausfallen und gegen Ende des Aufenthalts in der sozialtherapeutischen Einrichtung können sie wieder auf demselben Niveau wie bei der ersten Messung liegen. Auch können Verschlechterungen der Testwerte aus einer durch die Inhaftierung ausgelösten Deprivation resultieren (*Ortmann* 2002, 318). Abbildung F.4 gibt einen solchen Verlauf idealtypisch wieder. Somit sind nicht nur Messzeitpunkte vor und nach der sozialtherapeutischen Intervention zu empfehlen, sondern auch Interimsmessungen. Die zunehmende Messwiederholung kann jedoch wiederum zu weiteren Verzerrungen und Validitätseinschränkungen führen, wie bereits erörtert.

---

<sup>2</sup> Dieses Argument entstammt einem Diskussionsbeitrag eines therapeutisch tätigen Mitarbeiters einer sozialtherapeutischen Einrichtung bei einer überregionalen Fachtagung zur Sozialtherapie im Justizvollzug.

Abbildung F.4: „Erfolg“ von Sozialtherapie



Die folgenden Punkte zeigen noch einmal ausschnittsartig, an welchen Stellen bei einer Evaluation von Sozialtherapie im Justizvollzug Abwägungen vorgenommen und Entscheidungen getroffen werden müssen.

Es kann zwar keine detaillierte „Vorgabe“ für eine perfekte Evaluation geben, aber ähnlich wie es Mindeststandards für die sozialtherapeutischen Einrichtungen gibt, gibt es einzelne die Qualität und Vergleichbarkeit sichernde Aspekte, die bei künftigen Evaluationsforschungen in der Sozialtherapie beachtet werden sollten. Hierzu bietet sich neben der Berücksichtigung der Standards der *Deutschen Gesellschaft für Evaluation* auch der Rahmen eines breit angelegten Evaluationsleitfadens an. Der von *Stockmann* entwickelte Evaluationsleitfaden (s. Anhang G.2.4) dient vor allem der Erfassung und Bewertung von Wirkungen, die durch die Maßnahmen einer Organisation ausgelöst werden (*Stockmann* 2006, S. 179). Dabei werden jedoch auch die Strukturen, Prozesse und Bedingungen der Organisation berücksichtigt. Damit beschränkt sich der Leitfaden nicht ausschließlich auf eine Ergebnisevaluation, sondern umfasst auch Prozessevaluationen (*Stockmann* 2006, S. 196 f.). Bei diesen müssen lediglich die einzelnen Analysefelder unterschiedlich gewichtet werden. Somit erscheint der Leitfaden für die Evaluation von Sozialtherapie mit ihren besonderen Anforderungen gut geeignet zu sein. Im Folgenden soll lediglich kurz auf die einzelnen Analysefelder in Hinblick auf das Forschungsfeld Sozialtherapie im Justizvollzug eingegangen werden. Dabei sind insgesamt fünf Themenblöcke zu unterscheiden (vgl. *Stockmann* 2006, S. 182 ff.):

1. Programm und Umwelt

Hier soll eine detaillierte Beschreibung der jeweiligen sozialtherapeutischen Intervention vorgenommen werden. Dabei sind nicht nur die einzelnen Maßnahmen zu erfassen, sondern auch die konkreten Interventionsziele zu benennen. Dazu gehört auch, dass expliziert wird, in welchen Bereichen welche Wirkungen erreicht werden sollen (z. B. dauerhafte Verhaltensänderungen bei den Klienten oder Verbesserung des therapeutischen Klimas) und welche kausalen Zusammenhänge dabei als bedeutsam erachtet werden. Zusätzlich muss

eine Darstellung der vorhandenen personellen, strukturellen und finanziellen Ressourcen erfolgen. Schließlich muss die Zielgruppe der jeweiligen sozialtherapeutischen Behandlung beschrieben werden (z. B. soziodemographische und diagnostische Variablen), um u. a. später feststellen zu können, ob diese auch von dem Angebot erreicht wurden. Speziell bei Prozessevaluationen müsste in diesem Bereich auch eine Deskription der einzuführenden Neuerungen erfolgen. Zum Umweltaspekt zählen aber nicht nur die Bedingungen der sozialtherapeutischen Einrichtung, sondern auch die rechtlichen, politischen, wirtschaftlichen und sonstigen gesellschaftlichen Gegebenheiten, die die Wirksamkeit und Arbeitsweise der sozialtherapeutischen Behandlung beeinflussen.

## 2. Programmverlauf

Hierunter fällt u. a. die Analyse des Behandlungsbedarfes, die Berücksichtigung von Aspekten, die die Nachhaltigkeit der Sozialtherapie sichern (Nachbetreuung und Nachsorge), und das Vorhandensein eines wirksamen Qualitätsmanagements.

## 3. Interne Wirkungsfelder

In diesem Analysefeld geht es um die Feststellung der organisatorischen Leistungsfähigkeit der sozialtherapeutischen Einrichtung. Hier müssen alle konzeptionellen und strukturellen Rahmenbedingungen erfasst werden. Dies fängt an bei der Darstellung der Profession und Qualifikation des (therapeutisch) tätigen Personals und der Erfassung von Fluktuationen in diesem Bereich. Ferner müssen Zuständigkeiten, Informationsflüsse und Arbeitsbeschreibungen erfolgen (z. B. Darstellung Konferenzsystem, Einbezug in Therapieplanungen usw.). Auch die finanzielle Ausstattung, um beispielsweise externe Therapeuten für Supervisionen oder Fortbildungen einsetzen zu können, sind ein weiteres Unterelement dieses Analysefeldes. Weiterhin sind die räumlichen Gegebenheiten der jeweiligen sozialtherapeutischen Einrichtung bei der Analyse zu berücksichtigen. Die Einstellungen der sozialtherapeutischen Mitarbeiter zu einzelnen sozialtherapeutischen Maßnahmen oder ihren Klienten können zusätzlich erfasst werden. Letztlich sollten die einzelnen Elemente der Integrativen Sozialtherapie (z. B. schulische und berufliche Ausbildung oder therapeutische Einzelmaßnahmen) auf ihre positiven und negativen Wirkungen hin untersucht und erfasst werden, um die Effektivität der sozialtherapeutischen Vorgehensweise überprüfen und ggf. modifizieren zu können.

## 4. Externe Wirkungsfelder

Die externen Wirkungsfelder beziehen sich vor allem auf die Adressaten der sozialtherapeutischen Intervention. Gegenstand ist also die Aufdeckung der Zufriedenheit und der aktiven Beteiligung der (Sexual-)Straftäter bezüglich des Behandlungsprogramms und die Akzeptanz der Behandlungsziele. Ferner soll ermittelt werden, wie hoch der Anteil der Probanden ist, die als Zielgruppe erreicht werden sollte. Bei diesem Analysefeld können, wie bereits mehrfach erwähnt, vor allem die Behandlungsabbrecher sehr hilfreich sein. Ferner sollen die Vor- und Nachteile, die der Zielgruppe (aber auch der Nicht-

Zielgruppe) durch die Teilnahme an der sozialtherapeutischen Behandlung direkt und indirekt entstehen, beleuchtet werden. Im Hauptinteresse der meisten Evaluationen der Sozialtherapie wird jedoch stehen, festzustellen, welche Brutto- und Nettowirkungen auf die Legal- und Sozialbewährung durch die Intervention erreicht wurden und wie sich diese gesellschaftlich auswirken (Zuwachs an Sicherheit für die Allgemeinheit, Gewinn an Arbeitskräften usw.).

#### 5. Programmqualität

Bei dem letzten Analysefeld sollen alle zuvor gesammelten und erhobenen Daten der vorherigen vier Bereiche abschließend bezüglich ihrer Qualität bewertet werden. Neben der Beurteilung des Qualitätsgrades der Programm- und Behandlungsimpementation und deren Integrität, soll auch die Leistungsfähigkeit der sozialtherapeutischen Maßnahmen und Einrichtungen sowie die Qualität der externen Wirkungen (z. B. bezüglich der Sicherheit oder Gesetzgebung) bewertet werden.

Für die Bewertung der einzelnen Themenblöcke schlägt Stockmann eine 10stufige Skala vor, die die Erstellung individueller Programmprofile ermöglicht und die einen Vergleich der Veränderung zu den einzelnen Messzeitpunkten erlaubt (Stockmann 2006, S. 203).

Die Darstellung und Übertragung des Leitfadens auf das Forschungsfeld der Sozialtherapie ist als nicht erschöpfend anzusehen. Weitere Details der jeweiligen Analysefelder müssen anhand der speziellen Fragestellungen eines Evaluationsprojektes ergänzt oder übertragen werden. Prinzipiell gibt der Leitfaden jedoch alle für eine Evaluation der Sozialtherapie notwendigerweise zu beachtenden Themenbereiche vor. Je mehr Evaluationen anhand dieser Systematik vorgenommen werden, desto leichter wäre eine Vergleichbarkeit der Studien gegeben, um z. B. meta-analytische Auswertungen, einen Vergleich lokaler Einrichtungsprofile untereinander oder Veränderungen über die Zeit hinweg in der (strukturellen und inhaltlichen) Konzeption einzelner Einrichtungen vornehmen zu können.

Damit sind die elementaren Punkte einer Evaluation von Sozialtherapie im Justizvollzug umrissen. Es erhebt sich jedoch die Frage, wo künftig die weiteren Forschungsbedarfe in diesem Bereich liegen. Nicht sinnvoll wären erneute Untersuchungen und Diskussionen darüber, ob Sozialtherapie im Justizvollzug grundsätzlich sinnvoll und wirksam ist, da ein reines Wegsperrern von Straftätern immer die schlechtere Alternative für eine erfolgreiche Reintegration sein wird als eine sozialtherapeutische Intervention (Jäger 2001, S. 30). Wie man an der sehr unterschiedlichen, aber auch sehr zahlreichen Zusatzangeboten neben den klassischen Einzel- und Gruppentherapiesitzungen sehen kann, gibt es im Bereich der Sozialtherapie auch keine „reinen Therapieschulen“, sondern immer ein Konglomerat an unterschiedlichen (Therapie-) Angeboten. Ferner ist die Wirksamkeit von Integrativer Sozialtherapie anhand zahlreicher Studien empirisch nachgewiesen worden. Interessant wäre aber die Feststellung differentieller Wirkungen einzelner Behandlungsmodule, um Sozialtherapie im Justiz-

vollzug effizienter einsetzen zu können. Aktuell gibt es zwar schon Forschungsbemühungen mit einer solchen Zielsetzung, aber diese sind bisher nur regional begrenzt und daher nicht ausreichend generalisierbar.

Insgesamt fehlen bisher Untersuchungen zur Effizienz der Sozialtherapie, d. h. zur Ermittlung, wie hoch der monetäre und gesellschaftliche Nutzen der sozialtherapeutischen Behandlung bestimmter Straftätergruppen ausfällt (vgl. Lösel & Bender 1997, S. 171). Bei einer Kosten-Nutzen-Analyse von Sozialtherapie könnte man sich an der Vorgehensweise und Operationalisierung bei der *Evaluation des Justizvollzugs* von Entorf, Meyer & Möbert (2008) orientieren. Die Kosten-Nutzen-Differenzen müssten dabei in drei Bereichen ermittelt werden (Entorf, Meyer & Möbert 2008, S. 2): die soziale Kosten-Nutzen-Differenz, die sich auf die Zeit nach der Inhaftierung bezieht, die direkte Kosten-Nutzen-Differenz, die sich während der Haft- und Behandlungszeit ergibt, und die externe Kosten-Nutzen-Differenz, die sich auf die Generalprävention bezieht. Anhand solcher Kosten-Nutzen-Untersuchungen von Sozialtherapie könnte geklärt werden, für welche Straftätergruppen sich Sozialtherapie tatsächlich rechnet, da neben spezifischen Rückfallquoten z. B. auch die generalpräventive Beeinflussbarkeit potentieller weiterer Straftäter berücksichtigt werden müssen.

Außerdem sind neben der Untersuchung der differentiellen Wirksamkeit und ökonomischen Effizienz von Sozialtherapie prozessuale Forschungsziele zu berücksichtigen (vgl. Burger, Rathert & Hülsemann 2006, S. 116). Beispielsweise fehlen Studien, die sich mit der geeigneten Mischung von Straftäterpersönlichkeiten in sozialtherapeutischen Gruppen beschäftigen. Als Ausgangspunkt für solche Untersuchungen könnten Therapiegruppen anhand von Interaktionsmatrizen (s. Wellhöfer 1993, S. 74 f.) in den Therapiestunden und im alltäglichen Wohngruppenleben untersucht werden.

Weitere bedeutsame Gebiete bei der Evaluation von Sozialtherapie wären die Erforschung von protektiven Faktoren (Hahn 2007, S. 14), Prädiktorenuntersuchungen (Hollweg & Liwon 2005, S. 156) oder die Erforschung von Komorbiditäten bei Strafgefangenen (Lösel 2000, S. 80). Auch ist bisher der Einfluss der in der Sozialtherapie tätigen Personen auf die Effektivität der Behandlung kaum untersucht worden (Greve 2002, S. 27). Wiederholungsuntersuchungen wären notwendig, um die Ergebnisse methodisch schwacher Einzelstudien auszugleichen und zu bestätigen (vgl. Kury 1983b). Nicht nur hochgradig wissenschaftliche Studien können zu einem Erkenntnisgewinn von Sozialtherapie beitragen, sondern auch niedrigschwelligere Untersuchungen, wenn sie transparent und nachkontrollierbar durchgeführt und dokumentiert wurden (Rehn 2002a).

Durch die Festschreibung der Sozialtherapie für junge Gefangene in den Jugendstrafvollzugsgesetzen ergibt sich weiterer Forschungsbedarf. Dieser bezieht sich auf die Entwicklung und Verbesserung spezieller sozialtherapeutischer Behandlungsprogramme für junge Gefangene und deren besondere Behandlungsbedürfnisse einschließlich der weiteren spezifischen Konzeption und Organisation der sozialtherapeutischen Einrichtungen im Jugendstrafvollzug. Bisher waren die Fallzahlen bei der Evaluation der Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug zu gering, um robuste und aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Dies dürfte sich in den kommenden Jahren durch die Planungen der einzelnen Bundesländer ändern. Dabei sollte begleitende Evaluationsforschung von Anfang an stattfinden.

Die hier genannten Forschungsbedarfe stellen wesentliche Ausschnitte potentiell notwendiger Evaluationsziele dar. Ebenso komplex wie die Sozialtherapie gestaltet sich ihre Evaluation, die sich den stetigen Veränderungen des Forschungsfeldes anpassen muss.

## Anhang





## G. Anhang

### G.1 Literaturverzeichnis

- Albrecht, Hans-Jörg & Ortman, Rüdiger (2000). *Längsschnittstudie zur Evaluation der Wirkungen der Sozialtherapie in Nordrhein-Westfalen sowie Ansätze zur Effizienzsteigerung*. Abschlussbericht. Freiburg i. Br.: Max-Planck-Institut für Strafrecht.
- Alex, Michael (2005). Aktuelle Entwicklungen der Sozialtherapie in Deutschland. In Strafrechtsvereinigung (Hrsg.), *Opferschutz, Richterrecht, Strafprozessreform 28. Strafrechtstag 2004* (S. 43-54). Berlin: Thomas Uwer.
- Alex, Michael (2006). Sozialtherapie unter den Bedingungen der Gesetzesverschärfungen seit 1998 unter besonderer Berücksichtigung von vorbehaltener und nachträglicher Sicherungsverwahrung. *Strafrechtstag, 26* (2), 105-108.
- Andresen, Burghard (2002). *Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI). Manual*. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Andrews, Don A.; Zinger, Ivan & Hodge, Robert D. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology, 28* (3), 369-404.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Einrichtungen im Justizvollzug (1988). Mindestanforderungen an Sozialtherapeutische Einrichtungen. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 71* (5), 334-335.
- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Einrichtungen im Justizvollzug (2001). Mindestanforderungen an Organisationsform, räumliche Voraussetzungen und Personalausstattung Sozialtherapeutischer Einrichtungen. Empfehlungen des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Einrichtungen im Justizvollzug. Fassung vom 08.11.2000. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 50* (3), 178-179.
- 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. *Forum Strafvollzug, 56* (3), 100-103.
- Bayer, Siegfried; Käppler-Krüger, Iris & Kanzler, Rainer (2007). *Bewährungshilfe Stuttgart e. V. – Konzeption*. Stuttgart: Bewährungshilfe Stuttgart.
- Becker, Peter (2002). *Das Trierer Integrierte Persönlichkeitsinventar (TIPI) und sein Einsatz im klinischen Bereich*. Trier: Universität Trier.
- Beckmann, Dieter; Brähler, Elmar & Richter, Horst-Eberhard (1991). *Der Gießen-Test (GT): Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch* (4., überarbeitete Auflage mit Neustandardisierung 1990). Bern u. a.: Huber.
- Beier, Klaus M.; Bosinski, Hartmut A. G. & Loewit, Kurt (2005). *Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis* (2. Auflage). München: Urban & Fischer.

- Beier, Manfred (1995). Sexualdelinquenten im Strafvollzug: ein Plädoyer für Unaufgeregtheit. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 44 (6), 335-344.
- Bennefeld-Kersten, Katharina (2005). Psychisch auffällige Menschen im Gefängnis – eine Erhebung im niedersächsischen Strafvollzug. *Bewährungshilfe*, 52 (1), 30-40.
- Bermetz, T. (2007). *Die Lebenswirklichkeit von Straftentlassenen aus der Sozialtherapie – eine Katamnese*. Stuttgart: Berufsakademie Stuttgart, Diplomarbeit.
- Berner, Wolfgang (1998). Sexualstraftäterbehandlung – Strategien – Ergebnisse. In Rüdiger Müller-Isberner & Sara Conzalez Cabeza (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose* (S. 65-80). Godesberg: Forum-Verlag.
- Berner, Wolfgang & Becker, Karl-Heinz (2001). „Sex Offender Treatment Programme“ (SOTP) in der Sozialtherapeutischen Abteilung Hamburg-Nesselstraße. In Gerhard Rehn, Bernd Wischka, Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“*. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse (S. 206-217). Herbolzheim: Centaurus.
- Berner, Wolfgang & Bolterauer, Johanna (1995). 5-Jahres-Verläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten. *Recht & Psychiatrie*, 13 (3), 114-118.
- Berner, Wolfgang; Briken, Peer & Hill, Andreas (2007). Algorithmus für ein integriertes Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter und Ausblick. In Wolfgang Berner, Peer Briken & Andreas Hill (Hrsg.), *Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten* (S. 149-155). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bewährungshilfe Stuttgart e. V.* (2004). Therapie und Bewährung – die Behandlung von Gewalt und Sexualstraftätern: Dokumentation einer Fortbildungsveranstaltung des Justizministeriums Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe Stuttgart e. V. am 29. September 2003 in Stuttgart. *Stuttgart: Bewährungshilfe Stuttgart*.
- Bintig, Arnfried (1995). Sexualstraftäter im Maßregelvollzug: Möglichkeit und Grenzen psychotherapeutischer Intervention. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 3, 77-87.
- Blass, Wolf (1983). Strafvollzugsevaluation – Ein kritischer Überblick. In Gerd-Michael Hellstern & Hellmut Wollmann (Hrsg.), *Experimentelle Politik – Reformstrohfeuer oder Lernstrategie: Bestandsaufnahme und Evaluierung* (S. 297-325). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Blass-Wilhelms, Wolfgang (1983a). Evaluation im Strafvollzug. Überblick und Kritik vorliegender Studien. In Helmut Kury (Hrsg.), *Methodische Probleme der Behandlungsforschung – insbesondere in der Sozialtherapie* (S. 81-120). Köln u. a.: Heymann.

- Blass-Wilhelms, Wolfgang (1983b). Neue Wege in der Strafvollzugsevaluation – Kontrolle von Störvariablen in zeitverzögerten Designs. In Helmut Kury (Hrsg.), *Methodische Probleme der Behandlungsforschung – insbesondere in der Sozialtherapie* (S. 231-258). Köln u. a.: Heymann.
- Boetticher, Axel (1998). Der neue Umgang mit Sexualstraftätern eine Zwischenbilanz. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 81 (5), 354-367.
- Boetticher, Axel (2000). Neue Aufgaben für die Bewährungshilfe. Zum Umgang mit Sexualstraftätern. *Bewährungshilfe: Soziales – Strafrecht – Kriminalpolitik*, 47 (2), 196-212.
- Boetticher, Axel (2004). Rechtliche Rahmenbedingungen. In Rudolf Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug: Konzepte und Erfahrungen* (S. 15-54). Wiesbaden: KrimZ.
- Boetticher, Axel (2008). Über die sozialtherapeutische Behandlung von Strafgefangenen und die Notwendigkeit ambulanter Nachsorge in Deutschland. In Horst Schüler-Springorum & Norbert Nedopil (Hrsg.), *Blick über den Tellerrand. Dialog zwischen Recht und Empirie. Festschrift für Hisao Katoh, den Förderer des Dialogs von und nach Japan* (S. 107-121). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Boetticher, Axel; Kröber, Hans-Ludwig & Müller-Isberner, Rüdiger u. a. (2006). Mindestanforderungen für Prognosegutachten. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 26 (10), 537-592.
- Bögemann, Heinz-Dieter (2003). *Gesundheitsförderung in totalen Institutionen am Beispiel einer geschlossenen Justizvollzugsanstalt*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Dissertation.
- Böhm, Klaus M. (2006). Opferschutz im Strafrecht. Die unzureichende Behandlung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter im Strafvollzug – das von den Medien übersehene Problem. *Kriminalpädagogische Praxis*, 34 (44), 15-19.
- Bortz, Jürgen (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin u. a.: Springer.
- Boruch, Robert F. (2000). Wie können wir wissen, was wirkt? Probleme mit randomisierten Experimenten auf dem Gebiet der Kriminalpolitik. In Bremer Institut für Kriminalpolitik (Hrsg.), *Experimente im Strafrecht. Wie genau können Erfolgskontrollen von kriminalpräventiven Maßnahmen sein? Internationales Symposium an der Universität Bremen 3. April 1998* (S. 61-86). Bremen: Universität Bremen.
- Brand, Thomas (2005). Ambulante Behandlung verurteilter Sexualstraftäter in NRW. Eine Evaluation von Angeboten freier Träger zur Rückfallvermeidung. In Nahlah Saimeh (Hrsg.), *Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation* (S. 1-65). Bonn: Psychiatrie.

- Brand, Thomas (2006). *Verurteilte Sexualstraftäter: Evaluation ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Eine empirische Untersuchung von Angeboten freier Träger zur Prävention von Sexualdelikten in Nordrhein-Westfalen*. Köln u. a.: LIT Verlag.
- Brisinski, Ute Spitzcok von & Alsleben, Rainer (2001). *Sozialtherapie II im Aufbau in der Jugendanstalt Hameln: Konzeption und erste Reflexion für die VA 208*. Hameln: Jugendanstalt Hameln, unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Brisinski, Ute Spitzcok von; Alsleben, Rainer & Zahn, Wilfried (2005). Sozialtherapie für Sexualstraftäter im Jugendvollzug. Ein „Plädoyer“ für den Entwurf des GJVollz aus der Jugendanstalt Hameln. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 54 (3), 131-137.
- Buchert, Martin; Metternich, Jürgen & Hauser, Stephan (1995). Die Auswirkungen von Langzeitbesuchen (LZB) und ihre Konsequenzen für die Wiedereingliederung von Strafgefangenen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 44 (5), 259-265.
- Bullens, Ruud (1994). Faktoren der Behandlung von Sexualstraftätern: Motive, Therapiesetting, Nachsorge. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 1 (1), 33-53.
- Bullens, Ruud & Mähne, Ursula (1999). Täterarbeit – neue Wege. Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern in den Niederlanden. In Verena Wodtke-Werner & Ursula Mähne (Hrsg.), *„Nicht wegschauen!“ Vom Umgang mit Sexual(straf)tätern. Schwerpunkt Kindesmissbrauch* (S. 183-200). Baden-Baden: Nomos.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2006). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2006. Bundesrepublik Deutschland* [Internet]. Verfügbar unter: [http://www.bka.de/pks/pks2006/download/pks-jb\\_2006\\_bka.pdf](http://www.bka.de/pks/pks2006/download/pks-jb_2006_bka.pdf) [05.03.2008].
- Bundesministerium des Inneren und Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2006). *Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht*. Berlin: BMI und BMJ.
- Burger, Edith; Rathert, Jörg C. & Hülsemann, Ulrich (2006). Diagnosegesteuerte Behandlung von Sexualstraftätern im offenen Strafvollzug. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie-Werkstattsschriften*, 13 (3), 98-120.
- Bussmann, Kai-D.; Seifert, Simone & Richter, Kathrin (2007). Sozialtherapie im Strafvollzug: Die kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle (Saale). In Friedrich Lösel, Doris Bender & Jörg-Martin Jehle (Hrsg.), *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik Entwicklungs- und Evaluationsforschung* (S. 279-293). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Campbell, Donald T. (1969). Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, 409-429.
- Coester, Marc; Bannenberg, Britta & Rössner, Dieter (2007). Die deutsche kriminologische Evaluationsforschung im internationalen Vergleich. In Friedrich Lösel, Doris Bender & Jörg-Martin Jehle (Hrsg.), *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik. Entwicklungs- und Evaluationsforschung* (S. 93-112). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

- Cuadra, René P. (1996). Sozialtherapie in der subjektiven Bewertung ihrer Insassen am Beispiel der Sozialtherapeutischen Anstalt Baden-Württemberg, Sitz Hohenasperg. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 45 (5), 297-302.
- Dahle, Klaus-Peter (1997). Therapie und Therapieindikation bei Straftätern. In Max Steller & Renate Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren. Ein Handbuch* (142-159). Bern u. a.: Huber.
- Deegener, Günther (1996). *Multiphasic Sex Inventory (MSI): Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei Sexualstraftätern. Handbuch*. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Dessecker, Axel & Spöhr, Melanie (2007). Entwicklung der Sozialtherapie in Deutschland und im Rahmen der sozialtherapeutischen Behandlung angewandte Diagnoseverfahren. *Praxis der Rechtspsychologie*, 17 (2), 305-322.
- Dilling, Horst; Mombour, Werner & Schmidt, Martin H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (3., korrigierte Auflage). Bern u. a.: Huber.
- Dittmann, Volker (2000). Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In Stefan Bauhofer, Pierre-Henri Bolle & Volker Dittmann (Hrsg.), *„Gemeingefährliche“ Straftäter* (S. 67-95). Zürich: Rüegger.
- Dolde, Gabriele (1980). *Ein Vergleich der Rückfallquoten zwischen Probanden der Sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigsburg und Gefangenen der Vollzugsanstalt Mannheim*. Stuttgart: unveröffentlichtes Manuskript.
- Dolde, Gabriele (1997). Kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. Erscheinungs- und Verlaufsformen, Bewährung und Rückfall. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 46 (6), 323-331.
- Dönisch-Seidel, Uwe (1996). Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Behandlung von Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 3, 65-76.
- Drenkhahn, Kristin (2005). Forschung in sozialtherapeutischen Einrichtungen. In Bernd Wischka, Ulrich Rehder, Friedrich Specht u. a. (Hrsg.), *Sozialtherapie im Justizvollzug. Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle* (S. 140-148). Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Drenkhahn, Kirstin (2007). *Sozialtherapeutischer Strafvollzug in Deutschland*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Driebold, Rolf (1977). Zur Organisation der Sozialtherapeutischen Anstalt. In Bundeszusammenschluß für Straffälligenhilfe (Hrsg.), *Sozialtherapeutische Anstalten: Konzepte und Erfahrungen; ein Bericht des Fachausschusses V „Sozialtherapie und sozialtherapeutische Anstalt“* (S. 16-29). Bad Godesberg: Bundeszusammenschluß für Straffälligenhilfe.

- Dünkel, Frieder (1980). *Legalbewährung nach sozialtherapeutischer Behandlung. Eine empirische vergleichende Untersuchung anhand der Strafregisterauszüge von 1.503 in den Jahren 1971-1974 entlassenen Strafgefangenen in Berlin-Tegel*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Dünkel, Frieder (1983). Methodische Probleme der Effizienzforschung bei Behandlungsmaßnahmen im Strafvollzug, insbesondere der Sozialtherapie. In Helmut Kury (Hrsg.), *Methodische Probleme der Behandlungsforschung – insbesondere in der Sozialtherapie* (S. 121-148). Köln u. a.: Heymann.
- Dünkel, Frieder (1998). Riskante Freiheiten? – Offener Vollzug, Vollzugslockerungen und Hafturlaub zwischen Resozialisierung und Sicherheitsrisiko. In Gabriele Kawamura & Richard Reindl (Hrsg.), *Wiedereingliederung Straffälliger. Eine Bilanz nach 20 Jahren Strafvollzugsgesetz* (S. 42-78). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Dünkel, Frieder (2004). Riskante Freiheiten? Vollzugslockerung zwischen Resozialisierung und Sicherheitsrisiko. In Gerhard Rehn, Regina Nanninga & Andreas Thiel (Hrsg.), *Freiheit und Unfreiheit. Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges* (S. 104-134). Herbolzheim: Centaurus.
- Dünkel, Frieder (2007). *Die Farce der Föderalismusreform – ein Vergleich der vorliegenden Gesetze und Gesetzesentwürfe zum Jugendstrafvollzug* (Stand: 24.9.2007) [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.informationsplattform-strafvollzug.de/download/jvollz/20070827-Duenkel-Vergleich.pdf> [20.01.2008].
- Dünkel, Frieder & Geng, Bernd (1994). Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und dem Regelvollzug. In Max Steller, Klaus-Peter Dahle & Monika Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung Argumente für die Revitalisierung in Forschung und Praxis* (S. 35-74). Pfaffenweiler: Centaurus.
- Dünkel, Frieder & Geng, Bernd (2007a): Aktuelle Daten zum Strafvollzug in Deutschland. *Forum Strafvollzug*, 56 (1), 14-18.
- Dünkel, Frieder & Geng, Bernd (2007b). Rechtstatsächliche Befunde zum Jugendstrafvollzug in Deutschland. *Forum Strafvollzug*, 56 (2), 65-80.
- Dünkel, Frieder & Pörksen, Anke (2007). Stand der Gesetzgebung zum Jugendstrafvollzug und erste Einschätzungen. *Neue Kriminalpolitik*, 19 (2), 55-67.
- Egg, Rudolf (1990). Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit im längerfristigen Vergleich. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 73 (6), 358-368.
- Egg, Rudolf (1993): *Sozialtherapie in den 90er Jahren – Gegenwärtiger Stand und aktuelle Entwicklung im Justizvollzug*. Wiesbaden: KrimZ.

- Egg, Rudolf (1994). Sozialtherapeutische Einrichtungen im Strafvollzug – Konzeptionelle und strukturelle Probleme. In Max Steller, Klaus-Peter Dahle & Monika Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung* (S. 186-200). Pfaffenweiler: Centaurus.
- Egg, Rudolf (1995). Der Streitfall Sozialtherapie. Praxis und Ergebnisse behandlungsorientierter Einrichtungen des Justizvollzuges. In Heinz Müller-Dietz & Michael Walter (Hrsg.), *Strafvollzug in den 90er Jahren. Perspektiven und Herausforderungen* (S. 55-68). Pfaffenweiler: Centaurus.
- Egg, Rudolf (1997). Institutionen der Straftäterbehandlung. In Max Steller & Renate Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren* (S. 160-170). Bern: Huber.
- Egg, Rudolf (2003). Sozialtherapeutische Einrichtungen im Strafvollzug. Konzeptionelle und strukturelle Probleme. In Max Steller, Klaus-Peter Dahle & Monika Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung. Argumente für die Revitalisierung in Forschung und Praxis* (S. 189-203). Herbolzheim: Centaurus.
- Egg, Rudolf (2005). Prognosebegutachtung im Straf- und Maßregelvollzug, Standards und aktuelle Entwicklungen. In Michael Osterheider (Hrsg.), *Forensik 2004 – Aufbruch oder Stillstand? Therapeutische, wissenschaftliche und ökonomische Herausforderungen im Maßregelvollzug* (S. 212-229). Dortmund: Psycho Gen.
- Egg, Rudolf (2006). Sexualkriminalität. Über den gesellschaftlichen Umgang mit dem Bösen. In Joachim Obergfell-Fuchs & Martin Brandenstein (Hrsg.), *Nationale und internationale Entwicklung in der Kriminologie. Festschrift für Helmut Kury zum 65. Geburtstag* (S. 557-577). Frankfurt: Polizeiwissenschaft.
- Egg, Rudolf (2007): Rückfälligkeit nach Straf- und Maßregelvollzug. In Friedrich Lösel, Doris Bender & Jörg-Martin Jehle (Hrsg.), *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik. Entwicklungs- und Evaluationsforschung* (S. 247-267). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Egg, Rudolf; Kälberer, Roland & Specht, Friedrich (1998). Bedingungen der Wirksamkeit sozialtherapeutischer Maßnahmen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 47 (6), 348-351.
- Egg, Rudolf & Kröniger, Silke (2004). Sozialtherapie und Sozialtherapeutische Einrichtungen. Fakten, Expertenmeinungen und aktuelle Entwicklungen. In Gerhard Rehn, Regina Nanninga & Andreas Thiel (Hrsg.), *Freiheit und Unfreiheit. Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges* (S. 219-233). Herbolzheim: Centaurus.
- Egg, Rudolf; Pearson, Frank S. & Cleland, Charles M. (2001). Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland. Überblick und Meta-Analyse. In Gerhard Rehn, Bernd Wischka, Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 321-347). Herbolzheim: Centaurus.
- Egg, Rudolf & Spöhr, Melanie (2007). Sozialtherapie im deutschen Justizvollzug: Aktuelle Entwicklungen und Versorgungsstand. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1 (3), 200-208.

- Eher, Reinhard; Lackinger, Fritz & Frühwald, Stefan (2006): Beziehungsorientierte Psychotherapie bei entlassenen Straftätern und einer Gruppe von Sexualstraftätern. Ergebnisse einer 7-Jahreskatamnese. *Recht & Psychiatrie*, 24 (2), 83-90.
- Eisenberg, Ulrich (2007). Neue Gesetze - Kontinuitäten und Diskontinuitäten. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 18 (2), 152-158.
- Eldridge, Hilery & Bullens, Ruud (2000). *Dauerhafte Veränderung: Handbuch zur Rückfallprävention*. Leiden: Ambulant Bureau Jeugdwelezijszorg.
- Elz, Jutta (2001). *Legalbewahrung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Mißbrauchsdelikte*. Wiesbaden: KrimZ.
- Elz, Jutta (2002). *Legalbewahrung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Gewaltdelikte*. Wiesbaden: KrimZ.
- Endres, Johann (2000). Die Kriminalprognose im Strafvollzug: Grundlagen, Methoden und Probleme der Vorhersage von Straftaten. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 49 (2), 67-83.
- Endres, Johann (2002). Zur Qualitätssicherung bei Prognosegutachten. In Thomas Fabian, Gerhard Jacobs, Sabine Nowara u. a. (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Rechtspsychologie* (S. 301-320). Münster u. a.: LIT Verlag.
- Entorf, Horst; Meyer, Susanne & Möbert, Jochen (2008). *Evaluation des Justizvollzugs. Ergebnisse einer bundesweiten Feldstudie*. Heidelberg: Physica-Verlag.
- Eucker, Sabine & Müller-Isberner, Rüdiger (2001). Sexualstraftäterbehandlung im Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 8 (1), 97-114.
- Fabian, Thomas; Jacobs, Gerhard & Nowara, Sabine (Hrsg.) (2002). *Qualitätssicherung in der Rechtspsychologie*. Münster u. a.: LIT Verlag.
- Fahrenberg, Jochen; Hampel, Rainer & Selg, Herbert (2001). *FPI-R: das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Manual* (7., überarb. und neu normierte Auflage). Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Fasselt, Maria (1977). Allgemeinbildung, Berufsausbildung, Arbeit in einer Sozialtherapeutischen Anstalt. Bundeszusammenschluß für Straffälligenhilfe (Hrsg.), *Sozialtherapeutische Anstalten : Konzepte und Erfahrungen; ein Bericht des Fachausschusses V „Sozialtherapie und sozialtherapeutische Anstalt“* (S. 163-171). Bad Godesberg: Bundeszusammenschluß für Straffälligenhilfe.
- Feest, Johannes & Lesting, Wolfgang (2005). Der Angriff auf die Lockerungen. Daten und Überlegungen zur Lockerungspolitik der Länder. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 54 (2), 76-82.
- Fehlenberg, Dirk (1997). Zur Psychotherapie paraphiler Sexualstraftäter im Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 15 (4), 159-167.
- Fehlenberg, Dirk (2003). Therapie und Sicherheit in den Zeiten von „Sicherheit und Therapie“. *Recht & Psychiatrie*, 21 (3), 145-153.
- Friendship, Caroline; Mann, Ruth E. & Beech, Anthony R. (2003). *The prison-based sex offender treatment programme – an evaluation*. (Research Findings No. 205). London: Home Office Research and Statistics Directorate.



- Goderbauer, Rainer (1999). Stationäre Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug. In Verena Wodtke-Werner & Ursula Mähne (Hrsg.), „Nicht wegschauen!“ *Vom Umgang mit Sexual(straf)tätern. Schwerpunkt Kindesmissbrauch* (S. 167-182). Baden-Baden: Nomos.
- Goderbauer, Rainer (2001). Behandlungsnotwendigkeiten und Behandlungsvoraussetzungen bei Sexualstraftätern. In Gerhard Rehn, Bernd Wischka, Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“! Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 111-121). Herbolzheim: Centaurus.
- Goderbauer, Rainer (2008). Erst Sozialtherapie und dann: „Aus dem Augen aus dem Sinn?“ Die Nachsorge ist ein Teil der Behandlung. *Forum Strafvollzug*, 57 (1), 22-26.
- Gödtel, Reiner (1994). *Sexualität und Gewalt: die dunklen Seiten der Lust*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Greve, Werner (2002). Forschungsthema Strafvollzug. Aussichten für wissenschaftliche Zugänge zu einer verschlossenen Institution. *Kriminalpädagogische Praxis*, 30 (1), 25-31.
- Grosse Holtforth, Martin. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 34, 241-258.
- Grosser, Rudolf (1991). Sozialarbeit für Strafgefangene. Vorschläge zur gesetzlichen und organisatorischen Gestaltung der Entlassungshilfe. *Bewährungshilfe*, 38 (4), 242-255.
- Güttler, Peter O. (2003). *Sozialpsychologie. Soziale Einstellungen, Vorurteile, Einstellungsänderungen* (4. Auflage). München u. a.: Oldenburg.
- Habenicht, Arne (2005). Die Bedrohung durch Sexualstraftäter. Mythos, (Un-)Wissen oder Realität? In Strafverteidigervereinigung (Hrsg.), *Opferschutz, Richterrecht, Strafprozessreform 28. Strafverteidigertag 2004* (S. 25-42). Berlin: Thomas Uwer.
- Habermann, Niels & Berner, Wolfgang (2006). *Evaluation einer Gruppentherapie für aus der Haft entlassene Sexualstraftäter in ambulanter Nachsorge*. Hamburg: Institut für Sexualforschung & Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Habermann, Niels & Berner, Wolfgang (2007). Evaluation einer Gruppentherapie für Sexualstraftäter im geschlossenen Strafvollzug und in ambulanter Nachsorge. In Friedrich Lösel, Doris Bender & Jörg-Martin Jehle (Hrsg.), *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik. Entwicklungs- und Evaluationsforschung* (S. 315-338). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Habermann, Niels; Briken, Peer & Berner, Wolfgang (2007a). Gruppentherapie für Sexualstraftäter im geschlossenen Strafvollzug - Erprobung einer Methode zur Evaluation. In Wolfgang Berner, Peer Briken & Andreas Hill (Hrsg.), *Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten* (S. 47-67). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- Habermann, Niels; Briken, Peer & Berner, Wolfgang (2007b). Ambulante Nachsorge für aus der Haft entlassene Sexualstraftäter. In Wolfgang Berner, Peer Briken & Andreas Hill (Hrsg.), *Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten* (S. 113-131). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hager, Willi (2000). *Wirksamkeits- und Wirksamkeitsunterschiedshypothesen, Evaluationsparadigmen, Vergleichsgruppen und Kontrolle*. In Willi Hager, Jean-Luc Patry & Hermann Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 180-201). Bern: Huber.
- Hager, Willi & Hasselhorn, Marcus (2000). Psychologische Interventionsmaßnahmen: Was sollen sie bewirken können? In Willi Hager, Jean-Luc Patry & Hermann Brezing (Hrsg.), *Handbuch. Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen – Standards und Kriterien* (S. 41-85). Bern: Huber.
- Hahn, Gernot (2007). *Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemaligen Maßregelvollzugspatienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hall, Gordon C. Nagayama (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.
- Händel, Michael (2005) Dokumentation und Evaluation von Behandlungsmaßnahmen. In Ingrid Michelitsch-Traeger (Hrsg.), *Konzeption - Behandlung von Straftätern im sozialtherapeutisch organisierten Rahmen einer Justizvollzugsanstalt* (S. 92-93) [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.justiz.rlp.de/justiz/nav/f8e/binarywriterservlet?imgUid=ef767077-9269-9013-3e2d-cf9f9d3490ff&uBasVariant=e7a67a83-14e2-4e76-acc0-b8da4911e859> [05.03.2008].
- Händel, Michael & Judith, Uvo (2001). Checkliste zur Behandelbarkeit von Sexualstraftätern. *Bewährungshilfe: Soziales – Strafrecht – Kriminalpolitik*, 48 (4), 374-391.
- Hanson, R. Karl; Gordon, Arthur & Harris, Andrew J. R. u. a. (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, 169-194.
- Hanson, R. Karl & Morton-Bourgon, Kelly E. (2004). *Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis* (Research Rep. No. 2004-02). Ottawa: Public Safety and Emergency Preparedness Canada.
- 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, 1154-1163.
- Hanson, R. Karl & Thornton, David (1999). *Static 99: Improving Actuarial Risk Assessments for Sex Offenders* [Internet]. Verfügbar unter: [http://ww2.ps-sp.gc.ca/publications/corrections/199902\\_e.pdf](http://ww2.ps-sp.gc.ca/publications/corrections/199902_e.pdf) [01.02. 2008].
- Hare, Robert D. (1991). *The Revised Psychopathy Checklist*. Toronto: Multi Health System.

- Hathaway, Starke R.; McKinley, John Charnley & Engel, Rolf R. (Hrsg. der dt. Adaption) (2000). *Minnesota multiphasic personality inventory-2: MMPI-2. Manual*. Bern u. a.: Huber.
- Hinrichs, Günter (2002). Behandlungsmöglichkeiten für Sexualstraftäter. *Neue Kriminalpolitik*, 14 (3), 108-111.
- Hinz, Melanie (2006). *Sozialtherapie im Strafvollzug 2006: Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.3.2006*. Wiesbaden: KrimZ.
- Hollweg, Matthias & Liwon, Nicole (2005). Forschungsbedarf, internationale Forschung und methodische Probleme bei Forschungsvorhaben zur Behandlung von Sexualstraftätern. In Bernd Wischka, Ulrich Rehder, Friedrich Specht u. a. (Hrsg.), *Sozialtherapie im Justizvollzug. Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle* (S.149-157). Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Hosser, Daniela (2001). *Soziale Unterstützung im Strafvollzug. Hafterleben und protektive Faktoren bei jungen Männern*. Baden-Baden: Nomos.
- Ingelfinger, Ralph (2005). Strafrechtliche Risiken des Anstaltsarztes. In Thomas Hillenkamp & Brigitte Tag (Hrsg.), *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug* (S. 247-258). Heidelberg: Springer.
- Jäger, Matthias (2001). Sicherheit durch Therapie – Alibifunktion der Strafgesetzgebung? *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 28 (1), 29-33.
- Janssen, Paul L (1987) *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Janssen, Paul L.; Martin, Katharina; Tress, Wolfgang & Zaudig, Michael (1998). Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. *Psychotherapeut*, 43 (5), 265-276.
- Jehle, Jörg Martin; Heinz, Wolfgang & Sutterer, Peter (2003). *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine kommentierte Rückfallstatistik*. Berlin: Bundesministerium der Justiz.
- Judith, Uvo (1995). *Konzept für die intramurale Behandlung von Sexualstraftätern*. Mainz: Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Kistner, Walter (2002). *Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege* (4. Auflage). München u. a.: Urban & Fischer.
- Klug, Wolfgang (2008). Abgeliefert, aber nicht abgeholt. Zur Frage „durchgehender Interventionsgestaltung“ der Sozialen Dienste der Justiz. *Forum Strafvollzug*, 57 (1), 9-13.
- Krech, David; Crutchfield, Richard S.; Livson, Norman u. a. (1998). *Grundlagen der Psychologie*. Weinheim: Bechtermünz.
- Kreuzer, Arthur (2006). Subkultur hinter Gittern [Internet]. Verfügbar unter: <http://hermes.zeit.de/pdf/archiv/online/2006/47/Haftlingsmord-Kommentar.pdf> [05.03.2008].

- Kröber, Hans-Ludwig (2006). Kriminalprognostische Begutachtung. In Hans-Ludwig Kröber, Dieter Dölling & Norbert Leygraf (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Band 3. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie* (S. 69-172). Darmstadt: Steinkopff.
- Kröber, Hans-Ludwig; Dölling, Dieter & Leygraf, Norbert (Hrsg.) (2006). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Band 3. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Kromrey, Helmut (1998). *Empirische Sozialforschung* (8. Auflage). Opladen: Leske & Budrich.
- Krüger, Michael (2004). Probleme der Einbettung Sozialtherapeutischer Abteilungen in Anstalten des Regelvollzuges: Ein Plädoyer wider die Gleichbehandlung. In Gerhard Rehn, Regina Nanninga & Andreas Thiel (Hrsg.), *Freiheit und Unfreiheit. Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges* (S. 234-253). Herbolzheim: Centaurus.
- Kury, Helmut (1983a). Verfälschungstendenzen bei Persönlichkeitsfragebogen im Strafvollzug. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 66 (2), 72-74.
- Kury, Helmut (1983b). Zur Methodendiskussion in der Behandlungsforschung. In Helmut Kury (Hrsg.), *Methodische Probleme der Behandlungsforschung – insbesondere in der Sozialtherapie* (S. 27-80). Köln u. a.: Heymann.
- Kury, Helmut (2001). Effekte und Perspektiven der Behandlung von Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 8 (1), 69-95.
- Kury, Helmut & Brandenstein, Martin (2005). Zur öffentlichen Wahrnehmung und Diskussion von Kriminalität. *Kriminalistik*, 59 (11), 639-647.
- Landert, Charles (1996). Externe und interne Evaluation – Schnittstellen und Übergänge. In Maja Heiner (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung durch Evaluation* (S. 68-83). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Laubenthal, Klaus (2001). *Lexikon der Knastsprache. Von Affenkotelett bis Zweidrittelgeier*. Berlin: Lexikon Imprint.
- Lehrl, Siegfried (2005). *Manual zum MWT-B* (5. Auflage). Balingen: Spitta.
- Leygraf, Norbert (2004). Nachbetreuung nach Straf- und Maßregelvollzug. In Rudolf Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug: Konzepte und Erfahrungen* (S. 55-64). Wiesbaden: KrimZ.
- Lösel, Friedrich (1994). Meta-analytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In Max Steller, Klaus-Peter Dahle & Monika Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung* (S. 13-34). Pfaffenweiler: Centaurus.
- Lösel, Friedrich (1996). Ist der Behandlungsgedanke gescheitert? Eine empirische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 45 (5), 259-267.
- Lösel, Friedrich (1998). Evaluation der Straftäterbehandlung. Was wir wissen und noch erforschen müssen. In Rüdiger Müller-Isberner & Sara Conzalez Cabeza (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose* (S. 29-50). Mönchengladbach: Forum-Verlag Godesberg.

- Lösel, Friedrich (1999). Behandlung und Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. In Siegfried Höfling, Detlef Drewes & Irene Epple-Waigel (Hrsg.), *Auftrag Prävention. Offensive gegen sexuellen Kindesmissbrauch* (S. 279-304). München: Hanns Seidel Stiftung.
- Lösel, Friedrich (2000). Evaluation der Kriminaltherapie - unter besonderer Berücksichtigung der Behandlung von Sexualstraftätern. In Joseph Salzgeber, Siegfried Willutzki & Michael Stadler (Hrsg.), *Polygraphie: Möglichkeiten und Grenzen der psychophysiologischen Aussagebegutachtung* (S. 69-91). Köln: Bundesanzeiger-Verlag.
- Lösel, Friedrich & Bender, Doris (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In Max Steller & Renate Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren. Ein Handbuch* (S. 173-204). Bern u. a.: Huber.
- Lösel, Friedrich; Köferl, Peter & Weber, Florian (1987). *Meta-Evaluation der Sozialtherapie. Qualitative und quantitative Analysen zur Behandlungsforschung in sozialtherapeutischen Anstalten des Justizvollzugs*. Stuttgart: Enke.
- Macke, Klaus & Schendler, Jürgen (1998). Zur Konzeption einer Behandlung und Betreuung von Sexualstraftätern in der Bewährungshilfe. *Bewährungshilfe: Soziales – Strafrecht – Kriminalpolitik*, 45 (3), 288-291.
- Maelicke, Bernd (2006). Jeder für sich? Konsequenzen der Föderalismusreform für den deutschen Strafvollzug. *BAG-S Informationsdienst Strafgefälligenhilfe*, 14 (2), 3-5.
- Maelicke, Bernd (2008). Integrierte Resozialisierung als strategische Innovationsaufgabe. *Forum Strafvollzug*, 57 (1), 7-8.
- Marshall, William E. (1996). Assessment, treatment and theorizing about sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 162-199.
- Marshall, William E.; Fernandez, Yolanda M.; Hudson, Stephen M. & Ward, Tony (1998). *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*. New York: Plenum Press.
- Mey, Hans-Georg & Wischka, Bernd (2005). Vorbemerkungen und Kommentierung zu §§ 5-7 StVollzG. In Hans-Dieter Schwind, Alexander Böhm & Jörg-Martin Jehle (Hrsg.), *Strafvollzugsgesetz (StVollzG): Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung vom 16. März 1976 (BGBl.I, S. 581), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 23. März 2005 (BGBl.I, S. 930)* (S. 105-138). Berlin: DeGruyter Recht.
- Mittag, Waldemar & Hager, Willi (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In Willi Hager, Jean-Luc Patry & Hermann Brezing (Hrsg.), *Handbuch. Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen – Standards und Kriterien* (S. 102-128). Bern u. a.: Huber.
- Müller-Dietz, Heinz (1996). Die Bedeutung der sozialtherapeutischen Einrichtungen im deutschen Strafvollzug. Gegebenheiten, Möglichkeiten, Grenzen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 45 (5), 268-275.
- Müller-Dietz, Heinz (2000). Strafvollzug heute. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 49 (4), 230-237.

- Müller-Isberner, Rüdiger & Cabeza, Sara Gonzalez (Hrsg.) (1998). *Forensische Psychiatrie. Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose*. Godesberg: Forum-Verlag.
- Müller-Isberner, Rüdiger; Cabeza, Sara Gonzalez & Eucker Sabine (2000). *Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20*. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie Haina.
- Müller-Isberner, Rüdiger; Jöckel, Dieter & Cabeza, Sara Gonzalez (1998). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20*. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie Haina.
- Müller-Marsell, Stephan (2003). Ehrenamtliche Arbeit im Strafvollzug. Beobachtungen und Gedanken eines Supervisors. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 52 (3), 161-163.
- Mushoff, Tobias (2006). *Sozialtherapie am Ende? Gegenreform im Strafvollzug*. [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.linksnet.de> [05.01.2008].
- Nebe, Rudi & Wiczorek, Arnold (2000). Sexualstraftäterbehandlung in der Sozialtherapeutischen Anstalt Kassel. Kriminalitätsmodell und Behandlungskonzept. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 49 (3), 155-162.
- Nedopil, Norbert (Hrsg.) (2005). *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie – Ein Handbuch für die Praxis*. Lengerich u. a.: Pabst Science Publishers.
- Nellessen, Lothar (1984). Behandlung und Gruppenarbeit im Strafvollzug: In Annelise Heigl-Evers (Hrsg.). *Gruppendynamik und Gruppentherapie (Sozialpsychologie. Bd. 2)* (S.1007-1015). Weinheim u. a.: Beltz.
- Noll, Thomas; Endrass, Jérôme & Rossegger, Astrid (2006). Die Risikokalkulation für die Begehung von Gewalt- und Sexualstraftaten mit Hilfe des Static-99. Eine Übersicht. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 89 (1), 24-33.
- Nowara, Sabine & Pierschke, Ralph (2005). Kinder und Jugendliche als Sexual(straf)täter. Ergebnisse eines Modellprojekts. In Nahlah Saimeh (Hrsg.), *Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation* (S. 180-187). Bonn: Psychiatrie.
- Nowara, Sabine; Pierschke, Ralph & Hutwelker, Elena (2002). Modellprojekt zur Behandlung jugendlicher Sexual(straf)täter. *Praxis der Rechtspsychologie*, 12 (2), 203-208.
- Nuhn-Naber, Carmen & Rehder, Ulrich (2005). Psychopathie – Gegenindikation für Sozialtherapie? *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 88 (4), 257-272.
- Ortmann, Rüdiger (2002). *Sozialtherapie im Strafvollzug. Eine experimentelle Längsschnittstudie zu den Wirkungen von Strafvollzugsmaßnahmen auf Legal- und Sozialabewährung*. Freiburg i. Br.: edition iuscrim.
- Ortmann, Rüdiger; Albrecht, Hans-Jörg & Obergfell-Fuchs, Joachim (2004). *Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen. Skizze einer Evaluationsstudie*. Freiburg: edition iuscrim.

- Ostendorf, Heribert (2008). Jugendstrafvollzugsgesetz: Neue Gesetze – neue Perspektiven? *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 41 (1), 14-18.
- Osterheider, Michael (Hrsg.) (2005). *Forensik 2004 - Aufbruch oder Stillstand? Therapeutische, wissenschaftliche und ökonomische Herausforderungen im Maßregelvollzug*. Dortmund: Psycho Gen.
- Otto, Manfred (2001). Gefährliche Gefangene – Mitarbeitsbereitschaft und subkulturelle Haltekräfte im Strafvollzug. In Gerhard Rehn, Bernd Wischka, Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“*. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse (S. 218-228). Herbolzheim: Centaurus.
- Pecher, Willi (2002). Zur Psychodynamik der Institution Strafvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 20 (2), 63-68.
- Pfäfflin, Friedemann (2007). Sexualstraftäter und Moral Panic. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie-Werkstattsschriften*, 14 (1), 33-59.
- Pitzing, Hans-Jürgen (2004). Ambulante Psychotherapie mit Sexualstraftätern bei Strafaussetzung – Diskrepanz zwischen Gesetzgebung und Praxis –. In Rudolf Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug: Konzepte und Erfahrungen* (S. 65-85). Wiesbaden: KrimZ.
- Pühl, Harald (2000). Moderne Team-Supervision. In Harald Pühl (Hrsg.), *Supervision und Organisationsentwicklung* (2. Auflage) (S. 123-144). Opladen: Leske & Budrich.
- Rasch, Wilfried (1985). Nachruf auf die sozialtherapeutische Anstalt. *Bewährungshilfe*, 32 (4), 319-329.
- Rasch, Wilfried & Kühl, Klaus-Peter (1978). Psychologische Befunde und Rückfälligkeit nach Aufenthalt in der sozialtherapeutischen Modellanstalt Düren. *Bewährungshilfe – Fachzeitschrift für Bewährungs-, Gerichts- und Straffälligenhilfe*, 25, 44-57.
- Rauchfleisch, Udo (1993). *Handbuch zum Rosenzweig Picture-Frustration Test (PFT), Band 2. Manual zur Durchführung des PFT und Neueichung der Testformen für Kinder und Erwachsene* (2., überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Raven, John C. (1998). *Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales: Manual*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger u. a.
- Rehder, Ulrich (1993). Sexualdelinquenz. *Kriminalpädagogische Praxis*, 21 (33), 18-37.
- Rehder, Ulrich (1996). Klassifizierung inhaftierter Sexualdelinquenten: 1. Teil: Wegen Vergewaltigung und sexueller Nötigung Erwachsener Verurteilte. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 79 (5), 291-303.
- Rehder, Ulrich (1996). Klassifizierung inhaftierter Sexualdelinquenten: 2. Teil: Wegen sexuellen Mißbrauchs von Kindern Verurteilte. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 79 (6), 373-385.
- Rehder, Ulrich (2001a). *RRS. Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern: Verfahren zur Bestimmung von Rückfallgefahr und Behandlungsnotwendigkeit*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.

- Rehder, Ulrich (2001b). Sexualstraftäter: Klassifizierung und Prognose. In Gerhard Rehn, Bernd Wischka, Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“! Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 81-103). Herbolzheim: Centaurus.
- Rehder, Ulrich; Nuhn-Naber, Carmen & Eitzmann, Günther (2004). Behandlungsindikation bei Sexualstraftätern. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 87 (5), 371-385.
- Rehn, Gerhard (1979). *Behandlung im Strafvollzug. Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung der Rückfallquote bei entlassenen Strafgefangenen*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Rehn, Gerhard (1990). Sozialtherapie: Strafvollzug plus Behandlung? Kritische Bemerkungen am Beispiel sozialtherapeutischer Abteilungen. *Kriminalpädagogische Praxis*, 18 (30), 7-13.
- Rehn, Gerhard (2001). „Wer A sagt...“ Haftplätze und Haftplatzbedarfe in Sozialtherapeutischen Einrichtungen. In Gerhard Rehn, Bernd Wischka, Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“! Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 264-275). Herbolzheim: Centaurus.
- Rehn, Gerhard (2002a). Ergebnisse und Probleme der Evaluation von Behandlung in Sozialtherapeutischen Einrichtungen. *Kriminalpädagogische Praxis*, 30 (42), 47-53.
- Rehn, Gerhard (2002b). Sozialtherapie im Strafvollzug. Alte und neue Visionen. *Kriminalpädagogische Praxis*, 30 (42), 23-35.
- Rehn, Gerhard (2004). Grundlegende Überlegungen zur Planung und Gestaltung Sozialtherapeutischer Einrichtungen im Justizvollzug. In Gerhard Rehn, Regina Nanninga & Andreas Thiel (Hrsg.), *Freiheit und Unfreiheit. Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges* (S. 200-218). Herbolzheim: Centaurus.
- Rehn, Gerhard (2006a). Kommentierung zu § 9 StVollzG. In Johannes Feest (Hrsg.), *StVollzG: Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, (AK-StVollzG)* (5., neu bearb. Auflage). Neuwied: Luchterhand.
- Rehn, Gerhard (2006b). Kommentierung zu §§ 123-126 StVollzG. In Johannes Feest (Hrsg.), *StVollzG: Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, (AK-StVollzG)* (5., neu bearb. Auflage). Neuwied: Luchterhand.
- Rehn, Gerhard (2008). Die Sozialtherapeutische Anstalt – das andere Gefängnis? Anmerkungen zur kurzen Geschichte einer Reform. *Kriminologisches Journal*, 40 (1), 42-53.
- Rettenberger, Martin & Eher, Reinhard (2006). Die deutsche Übersetzung und Adaptierung des Static-99. Zur aktuarischen Kriminalprognose verurteilter Sexualstraftäter. Erste Validierungsdaten. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 89 (5), 352-365.
- Ross, Robert R., Fabiano, Elizabeth, & Ewles, Crystal D. (1988). Reasoning and Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32, 29-36.



- Rossi, Peter H. (1988). *Programm-Evaluation: Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung*. Stuttgart: Enke.
- Rotthaus, Karl Peter & Egg, Rudolf (2005). Vorbemerkungen und Kommentierung zu §§ 123-126 StVollzG. In Hans Dieter Schwind, Alexander Böhm & Jörg-Martin Jehle (Hrsg.), *Strafvollzugsgesetz (StVollzG): Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung vom 16. März 1976 (BGBl. I, S. 581), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 23. März 2005 (BGBl. I, S. 930). Kommentar*. Berlin: De Gruyter Recht.
- Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich & Zaudig, Michael (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: Textrevision - DSM-IV-TR*, (übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association). Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Schalast, Norbert & Redies, Mirja (2005). Das Stationsklima als Wirkfaktor der Behandlung. Entwicklung eines Beurteilungsbogens. In Nahlah Saimeh (Hrsg.), *Was wirkt? Prävention- Behandlung- Rehabilitation*. Bonn: Psychiatrie.
- Schaser, Christiane & Stierle, Claudia (2005). *Nachbetreuung entlassener Sexualstraftäter – Eine Befragung Betroffener*. Aachen: Shaker Verlag.
- Schmitt, Günter (1971). Synopse der Sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin. In Gerhard Mauch & Roland Mauch (Hrsg.), *Sozialtherapie und die sozialtherapeutische Anstalt: Erfahrungen in der Behandlung Chronisch-Krimineller*. Voraussetzungen, Durchführung und Möglichkeiten (S. 182-219). Stuttgart: Enke.
- Schmitt, Günter (1978). Die Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen in der sozialtherapeutischen Anstalt. *Zeitschrift für Strafvollzug*, 27, 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 Rudolf Egg (Hrsg.), *„Gefährliche Straftäter“: eine Problemgruppe der Kriminalpolitik?* (S. 129-152). Wiesbaden: KrimZ.
- Schneewind, Klaus A. & Graf, Johanna (1998). *16 PF-R: Der 16-Persönlichkeits-Faktoren-Test. Revidierte Fassung. Testmanual*. Bern u. a.: Huber.
- Schneider, Hans J. (1999). Die Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug. In Wolfgang Feuerhelm, Hans-Dieter Schwind & Michael Bock (Hrsg.), *Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag am 14. Juni 1999* (419-451). Berlin: Walter de Gruyter.

- Schneider, Hans J. (2002). Rückfallprognose bei Sexualstraftätern. Ein Überblick über die moderne Sexualstraftäter-Prognoseforschung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 85 (4), 251-270.
- Schriever, Wolfgang (2006). Behandlungsvollzug – Abschied von einem überkommenen Begriff. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 55 (5), 262-267.
- Schüler-Springorum, Horst (2003). Sexualstraftäter-Sozialtherapie. *Goltdammer's Archiv für Strafrecht*, 150, 575-594.
- Schwind, Hans Dieter (2005). Kommentierung zu §§ 23-33 StVollzG. In Hans-Dieter Schwind, Alexander Böhm & Jörg-Martin Jehle (Hrsg.), *Strafvollzugsgesetz (StVollzG): Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung vom 16. März 1976 (BGBl.I, S. 581), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 23. März 2005 (BGBl.I, S. 930)*. Berlin: DeGruyter Recht.
- Seifert, Dieter; Bolten, Stefanie & Möller-Mussavi, Simone (2003). Gescheiterte Wiedereingliederung nach Behandlung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB). Wie lassen sich Rückfälle verhindern. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 86 (2), 127-137.
- Seitz, Carl & Specht, Friedrich (2001). Legalbewährung nach Entlassung aus den sozialtherapeutischen Einrichtungen des niedersächsischen Justizvollzuges. In Gerhard Rehn, Bernd Wischka, Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“! Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 348-363). Herbolzheim: Centaurus.
- Sonnabend, Hedwig & Heim, Carsten (2001). *Deliktorientierte Gruppenarbeit mit Straftätern nach Vergewaltigung*. Gelsenkirchen: Sozialtherapeutische Anstalt Gelsenkirchen, unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Specht, Friedrich (2001). Indikation zur Verlegung in eine Sozialtherapeutische Anstalt. Empfehlung des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 50 (1), 40-41.
- Spöhr, Melanie (2007). *Sozialtherapie im Strafvollzug 2007: Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.3.2007*. Wiesbaden: KrimZ.
- Spreen, Otfried (1987). *MMPI Saarbrücken* (dt. Ausgabe d. Minnesota multiphasic personality inventory von S. R. Hathaway & J. C. McKinley). Bern u. a.: Huber.
- Stadtland, Cornelis; Hollweg, Matthias & Dietl, Julia u. a. (2004). Langzeitverläufe von Sexualstraftätern. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 87 (5), 393-400.
- Stadtland, Cornelis; Hollweg, Matthias & Kleindienst, Nikolaus u. a. (2006). Rückfallprognosen bei Sexualstraftätern – Vergleich der prädiktiven Validität von Prognoseinstrumenten. *Der Nervenarzt*, 77 (5), 587-595.

- Stadtland, Cornelis & Nedopil, Norbert (2003). Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für kriminelle Rückfälle. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71 (12), 654-660.
- Steffes-Enn, Rita (2001). *Das Anti-Sexuelle-Aggressivitäts-Training (ASAT)*. Unveröffentlichtes Arbeitshandbuch.
- Steller, Max; Dahle, Klaus-Peter & Basqué, Monika (Hrsg.) (2003). *Straftäterbehandlung Argumente für die Revitalisierung in Forschung und Praxis*. Herbolzheim: Centaurus.
- Stieglitz, Rolf-Dieter (2000). *Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen: konzeptuelle und methodische Beiträge zur Evaluierung psychiatrischer Diagnostikansätze*. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Stockmann, Reinhard (2006). *Evaluation und Qualitätsentwicklung. Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement*. Münster: Waxmann.
- Suhling, Stefan (2003). Begutachtung bei Lockerungsentscheidungen. *Neue Kriminalpolitik*, 15 (3), 85-88.
- Suhling, Stefan (2005a). *Evaluation sozialtherapeutische Behandlung im niedersächsischen Justizvollzug. Konzepte, Herausforderungen und erste Daten*. Celle: unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Suhling, Stefan (2005b). *Lebensziele junger Männer im Strafvollzug. Theoretische und empirische Argumente aus aktionaler Entwicklungsperspektive*. Baden-Baden: Nomos.
- Suhling, Stefan (2006). Zur Untersuchung der allgemeinen und differentiellen Wirksamkeit sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug. Konzepte aus Niedersachsen. *Bewährungshilfe: Soziales – Strafrecht – Kriminalpolitik*, 53 (3), 240-259.
- Suhling, Stefan (2007). Positive Perspektiven in der Straftäterbehandlung. Warum zur Rückfallverminderung mehr gehört als Risikomanagement. *Forum Strafvollzug*, 56 (4), 151-155.
- Supp, Barbara (2008). Die allerletzte Station. *Der Spiegel*, 9, 68-72.
- Tausendteufel, Helmut; Bindel-Kögel, Gabriele & Kühnel, Wolfgang (2006). *Deliktunspezifische Mehrfachtäter als Zielgruppe von Ermittlungen im Bereich der sexuellen Gewaltdelikte. Kooperation mit Intensivstraftäterprogrammen und Datenabgleich (Rasterung) als Ermittlungsstrategien*. München: Luchterhand.
- Tewes, Uwe (1994). *HAWIE-R: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, Revision 1991. Handbuch und Testanweisung* (2., korrigierte Auflage). Bern u. a.: Huber.
- Tondorf, Günter (2000). Behandler sind keine Sachverständigen. Ein Beitrag zu § 454 Abs. 2 StPO. *Strafverteidiger*, 20 (3), 171-173.

- Ullenbruch, Thomas (2005). Kommentierung zu § 11 StVollzG. In Hans-Dieter Schwind, Alexander Böhm & Jörg-Martin Jehle (Hrsg.), *Strafvollzugsgesetz (StVollzG): Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung vom 16. März 1976 (BGBl.I, S. 581), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 23. März 2005 (BGBl.I, S. 930)*. Berlin: DeGruyter Recht.
- Wagner, Elisabeth; Knecht, Guntram & Bolterauer, Johanna (1997). Die Behandlung von Sexualstraftätern in einer forensischen Nachbetreuungsambulanz. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 10 (2), 127-137.
- Weiss, Carol H. (1974). *Evaluierungsforschung. Methoden zur Einschätzung von sozialen Reformprogrammen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Weiß, Markus (2001). Integrative Sozialtherapie im Jugendvollzug. In Gerhard Rehn, Bernd Wischka, Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 229-245). Herbolzheim: Centaurus.
- Wellhöfer, Peter Rolf (1993). *Gruppendynamik und soziales Lernen: Theorie und Praxis der Arbeit mit Gruppen*. Stuttgart: Enke.
- Wirth, Wolfgang (1996): Legalbewährung nach Jugendstrafvollzug: Probleme und Chancen von Aktenanalyse, Wirkungsanalyse und Bedingungsanalyse. In Hans-Jürgen Kerner, Gabriele Dolde & Hans Georg Mey (Hrsg.). *Jugendstrafvollzug und Bewährung: Analysen zum Vollzugsverlauf und zur Rückfallentwicklung* (S. 467-496). Bonn: Forum-Verlag Godesberg.
- Wirth, Wolfgang (2001). Dokumentation der Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen. Skizze eines empirischen Forschungsprojekts. *Bewährungshilfe: Soziales – Strafrecht – Kriminalpolitik*, 48 (3), 251-256.
- Wirth, Wolfgang (2003). Arbeitsmarktorientierte Entlassungsvorbereitung im Strafvollzug: Ein Modellprojekt zeigt Wirkung. *Bewährungshilfe*, 50 (4), 307-318.
- Wirth, Wolfgang (2004). Nachsorge im und nach Strafvollzug: ein neues Kooperationsmodell zur beruflichen Reintegration Strafgefangener in Nordrhein-Westfalen. In Rudolf Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug: Konzepte und Erfahrungen* (S. 207-221). Wiesbaden: KrimZ.
- Wirth, Wolfgang (2006a). Arbeitslose Haftentlassene: Multiple Problemlagen und vernetzte Wiedereingliederungshilfen. *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 53 (2), 137-152
- Wirth, Wolfgang (2006b). *Gewalt unter Gefangenen: Kernbefunde einer empirischen Studie im Strafvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: Kriminologischer Dienst des Landes Nordrhein-Westfalen.

- Wischka, Bernd (1999). *Behandlung von Sexualstraftätern im niedersächsischen Justizvollzug*. Lingen: Herausgeber.
- Wischka, Bernd (2000). Möglichkeiten der Behandlung von Sexualstraftätern im niedersächsischen Justizvollzug. In Rudolf Egg (Hrsg.), *Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug. Folgerungen aus den Gesetzesänderungen* (S. 201-248). Wiesbaden: KrimZ.
- Wischka, Bernd (2001). Was wirkt? Sozialtherapie für Sexualstraftäter. *Kriminalpädagogische Praxis*, 29 (40), 27-34.
- Wischka, Bernd (2004a). Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter im Kontext der Lebenswelt von Vollzugsanstalten. In Gerhard Rehn, Regina Nanninga & Andreas Thiel (Hrsg.), *Freiheit und Unfreiheit. Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzuges* (S. 283-306). Herbolzheim: Centaurus.
- Wischka, Bernd (2004b). Kognitiv-behaviorale Therapie für Sexualstraftäter und Nachsorge in einer sozialtherapeutischen Abteilung. In Rudolf Egg (Hrsg.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen* – (S. 87-120). Wiesbaden: KrimZ.
- Wischka, Bernd. (2005). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) in der Praxis. In Bernd Wischka, Ulrich Rehder & Friedrich Specht u. a. (Hrsg.). *Sozialtherapie im Justizvollzug: Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle* (S. 208-228). Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Wischka, Bernd (2006). Hinter verschlossenen Türen. Viele Sexualstraftäter bereuen ihre Taten und wollen einen Rückfall um jeden Preis vermeiden. Doch dazu bedürfen sie therapeutischer Hilfe. *Gehirn & Geist*, 12, 14-20.
- Wischka, Bernd & Specht, Friedrich (2001). Integrative Sozialtherapie. Mindestanforderungen, Indikation und Wirkfaktoren. In Gerhard Rehn, Bernd Wischka, Friedrich Lösel & Michael Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse* (S. 249-263). Herbolzheim: Centaurus.
- Wolff-Dietz, Ingrid (2007). *Jugendliche Sexualstraftäter*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Wößner, Gunda (2002). *Behandlung, Behandelbarkeit und Typisierung von Sexualstraftätern. Ergebnisse einer bundesweiten Expertenbefragung* (Arbeitsbericht aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht). Freiburg i. Br.: Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht.
- Wößner, Gunda (2006). *Typisierung von Sexualstraftätern. Ein empirisches Modell zur Generierung typenspezifischer Behandlungsansätze*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Wottawa, Heinrich & Thierau, Heike (2003). *Lehrbuch Evaluation* (3., korrigierte Auflage). Bern u. a.: Hans Huber.
- Ziethen, Franziska (2002) *Rückfallpräventive Effizienz der sozialtherapeutischen Behandlung mit Sexualstraftätern. Evaluation der Sozialtherapie in der JVA Berlin-Tegel*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität Berlin.

Ziethener Kreis (2007). Kommentar. *Neue Kriminalpolitik*, 19 (2), 68.

Zimbardo, Philip G. & Gerrig, Richard J. (1999). *Psychologie*. (7., neu übersetzte und bearbeitete Auflage). Berlin u. a.: Springer.

## G.2 Tabellen und Übersichten

### G.2.1 Übersicht sozialtherapeutische Einrichtungen (Stand 31.03.2007)

Einrichtung	Land	Klientel	Deliktgruppen/ Aufnahme gemäß...	Haft- plätze
Adelsheim	BW	Jugendliche	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	24
Asperg	BW	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	61
Crailsheim	BW	Jugendliche	Gewalt- und BtMG-Delikte	24
Amberg	BY	Männer	Sexualstraftäter	16
Bayreuth	BY	Männer	Sexualstraftäter	24
Erlangen	BY	Männer	§ 9 StVollzG außer Sexual- straftäter	41
Kaisheim	BY	Männer	Sexualstraftäter	16
Landsberg	BY	Männer	Sexualstraftäter	24
München	BY	Männer	Sexualstraftäter	24
Neuburg- Herrenwörth	BY	Jugendliche	Sexualstraftäter	16
Straubing	BY	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	24
Würzburg	BY	Männer	Sexualstraftäter	24
Berlin-Neukölln	BE	Frauen	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	17
Berlin-Tegel	BE	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	195
Brandenburg	BB	Männer	Sexual- und Gewalttäter	78
Wriezen	BB	Jugendliche	Sexual- und Gewalttäter	10
Hamburg- Fuhlsbüttel	HH	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	136
Hamburg- Hahnöfersand	HH	Jugendliche	Gewaltstraftäter	12
Kassel	HE	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	140
Waldeck	MV	Männer	Sexual- und Gewalttäter	50
Alfeld	NI	Frauen	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	11
Bad Gandersheim	NI	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	26
Hameln	NI	Jugendliche	Gewaltstraftäter	31
Hameln II	NI	Jugendliche	Sexualstraftäter	22
Hannover	NI	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	39
Lingen	NI	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	46
Meppen	NI	Männer	Sexual- und Gewalttäter	20
Uelzen	NI	Männer	Sexual- und Gewalttäter	32
Vechta	NI	Jungtäter	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	25
Aachen	NW	Männer	Sexual- und Gewalttäter	35
Bochum	NW	Männer	Sexual- und Gewalttäter	15
Detmold	NW	Männer	Sexual- und Gewalttäter	15
Euskirchen	NW	Männer	Sexual- und Gewalttäter	16
Gelsenkirchen	NW	Männer	Sexual- und Gewalttäter	57
Herford	NW	Jugendliche	Sexual- und Gewalttäter	28
Schwerte	NW	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	15
Siegburg	NW	Jugendliche	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	30

---

Willich	NW	Männer	Sexual- und Gewalttäter	24
Diez	RP	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	13
Ludwigshafen	RP	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	66
Saarbrücken	SL	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	36
Dresden	SN	Frauen	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	9
Waldheim	SN	Männer	§ 9 Abs. 1 und 2 StVollzG	124
Zeithain	SN	Jugendliche	Sexual- und Gewalttäter	37
Halle	ST	Männer	Sexual- und Gewalttäter	116
Lübeck	SH	Männer	Sexual- und Gewalttäter	33
Tonna	TH	Männer	Sexual- und Gewalttäter	75
Insgesamt				<b>1.915</b>



<b>Vollständige Gesetzesbezeichnung</b>	<b>Kürzel</b>	<b>Erlassdatum</b>	<b>Quellenangabe</b>
Gesetz über den Vollzug der Jugendstrafe in Baden-Württemberg	JStVollzG	27.06.2007	Landtag von Baden-Württemberg 14. Wahlperiode Drs. 14 / 1454
Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe, der Jugendstrafe und der Sicherungsverwahrung	BayStVollzG	27.11.2007	Bayerischer Landtag 15. Wahlperiode Drucksache 15/9382: Gesetzentwurf der Staatsregierung Drs. 15/8101, 15/9273 312-2-1-J
Gesetz über den Vollzug der Jugendstrafe in Berlin	JStVollzG Bln	15.12.2007	Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, Jg. 63 Nr. 33 A 3327 A S. 653, Gl.-Nr.: 350-1 – vom 22. Dezember 2007
Gesetz über den Vollzug der Jugendstrafe im Land Brandenburg	BbgJStVollzG	18.12.2007	348 Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg Teil I – Nr. 20 vom 27. Dezember 2007
Gesetz über den Vollzug der Jugendstrafe im Land Bremen	BremJStVollzG	21.03.2007	Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen BremGBI. Nr. 19 vom 18.04.2007 S. 233-253
Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe, der Jugendstrafe und der Sicherungsverwahrung - Hamburg	HmbStVollzG	14.12.2007	HmbGVBl. Nr. 47 Freitag, den 28. Dezember 2007
Hessisches Jugendstrafvollzugsgesetz	HessJStVollzG	19.11.2007	758 Nr. 25 – Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Teil I – 28. November 2007
Gesetz über den Vollzug der Jugendstrafe – Mecklenburg-Vorpommern	JStVollzG M-V	14.12.2007	GS Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 312 - 3
Gesetz zur Neuregelung des Justizvollzuges in Niedersachsen	NJVollzG	10.12.2007	Nds.GVBl. Nr.41/2007 S.720 – VORIS 34210 – vom 14. Dezember 2007
Gesetz zur Regelung des Jugendstrafvollzuges in Nordrhein-Westfalen	JStVollzG NRW	20.11.2007	GV. NRW. 2007, S. 539 Gl.-Nr.: 311 – vom 20. November 2007

Landesjugendstrafvollzugsgesetz - Rheinland-Pfalz	LJStVollzG	03.12.2007	35-1 Fundstelle: GVBl 2007, S. 252
Saarländisches Jugendstrafvollzugsgesetz	SJStVollzG	30.10.2007	Gesetz Nr. 1631 über den Vollzug der Jugendstrafe
Sächsisches Gesetz über den Vollzug der Jugendstrafe	SächsJStVollzG	12.12.2007	SächsGVBl. Jg. 2007 Bl.-Nr. 16; S. 558 Fsn-Nr.: 311-5 – vom 31.12.2007
Gesetz über den Vollzug der Jugendstrafe in Sachsen-Anhalt	JStVollzG LSA	07.12.2007	GVBl. LSA 2007, S. 368
Gesetz über den Vollzug der Jugendstrafe in Schleswig –Holstein	JStVollzG	19.12.2007	Gesetzesregister Nr.: 1357/2007
Thüringer Gesetz über den Vollzug der Jugendstrafe	ThürJStVollzG	20.12.2007	Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen Nr. 13 S. 221– vom 28. Dezember 2007

### G.2.3 Veröffentlichungen und weitere Informationen zu den Evaluationsprojekten zur Sozialtherapie von Sexualstraftätern

Projekt	Veröffentlichungen <sup>1</sup>
Stichtagserhebung zur Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug von Baden-Württemberg	Weitere Informationen unter: <a href="http://www.agloerrach.de/servlet/PB/menu/1200098/index.html">http://www.agloerrach.de/servlet/PB/menu/1200098/index.html</a>
Prospektive Rückfallstudie über aus dem bayerischen Strafvollzug entlassene Sexualstraftäter	-
Evaluation eines Trainingsmoduls zur Empathieförderung bei Sexualstraftätern	Schwanengel, M. Florian (2006). <i>Evaluation eines Empathietrainings für Sexualstraftäter</i> . Erlangen-Nürnberg, Universität, Diplomarbeit.
Gruppentherapie für Sexualstraftäter im geschlossenen Strafvollzug. Erprobung einer Methode zur Evaluation von Therapieerfolg.	Habermann, Nils (2007): Gruppentherapie für Sexualstraftäter im geschlossenen Strafvollzug. In: W. Berner, P. Briken & A. Hill. <i>Sexualstraftäter behandeln</i> . Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
Evaluation des SOTP in sozialtherapeutischen Einrichtungen in Hamburg	-
Effizienz der Straftäterbehandlung in der Sozialtherapeutischen Anstalt Kassel	-
Evaluation des Behandlungsprogramms für Sexualstraftäter (BPS)	Wischka, Bernd (2004): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS): Entwicklung – Inhalte – Erfahrungen. In: M. Osterheider (Hrsg.). <i>Forensik 2003: Krank und/oder kriminell? – 18. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie</i> . Dortmund: PsychoGen Verlag, 74-86. Wischka, Bernd (2005): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) in der Praxis. In B. Wischka, U. Rehder, E. Foppe & R. Willems (Hrsg.). <i>Sozialtherapie im Justizvollzug: Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle</i> . Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag, 208-228.

<sup>1</sup> Stand: Dezember 2007. Genannt sind hier lediglich öffentlich zugängliche Informationen über die Evaluationsprojekte. Daneben wurden interne Projektbeschreibungen und unveröffentlichte Projektberichte nicht aufgeführt.

Evaluation der Sozialtherapie in Niedersachsen	<p>Suhling, Stefan (2004): <i>Evaluation der Sozialtherapeutischen Behandlung</i> im Niedersächsischen Justizvollzug.</p> <p>Suhling, Stefan (2006): Zur Untersuchung der allgemeinen und differentiellen Wirksamkeit sozialtherapeutischer Behandlung im Justizvollzug. Konzepte aus Niedersachsen. <i>Bewährungshilfe</i>, 53 (3), 240-259</p> <p>Köhler, Antje (2006): <i>Die Bedeutung der Therapiemotivation in sozialtherapeutischen Einrichtungen des Strafvollzuges</i>. Diplomarbeit. TU Braunschweig. Weitere Informationen unter: <a href="http://www.bildungsinstitut-justizvollzug.niedersachsen.de/master/C7933892_N6379644_L20_DO_I5936163">http://www.bildungsinstitut-justizvollzug.niedersachsen.de/master/C7933892_N6379644_L20_DO_I5936163</a></p>
Evaluation der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter	<p>Hosser, Daniela &amp; Bosold, Christiane (2006). A comparison of sexual and violent offenders in a German youth prison. <i>Howard Journal of Criminal Justice</i>, 45, 159-170.</p> <p>Hosser, Daniela; Bosold, Christiane &amp; Lauterbach, Oliver (2006). Sozialtherapeutische Behandlung von jungen Sexualstraftätern: Ergebnisse einer Evaluationsstudie. <i>Recht &amp; Psychiatrie</i>, 24, 125-133.</p> <p>Hosser, D. &amp; Bosold, C. (2004). <i>A comparative analysis of sexual and violent offenders in youth prison</i> (KFN-Forschungsberichte Nr. 91). Hannover: KFN. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (2005). <i>Evaluation der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter</i> [Internet]. Verfügbar unter: <a href="http://www.kfn.de/Forschungsbereiche_und_Projekte/Abgeschlossene_Projekte/Evaluation_der_Behandlung_jugendlicher_Sexualstraftaeter.htm">http://www.kfn.de/Forschungsbereiche_und_Projekte/Abgeschlossene_Projekte/Evaluation_der_Behandlung_jugendlicher_Sexualstraftaeter.htm</a> [04.02.2008].</p>

<p>Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug NRW</p>	<p>Wirth, W.: Dokumentation der Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug des Landes NRW. Skizze eines empirischen Forschungsprojektes. <i>Bewährungshilfe</i>, 48 (3), 251-256.</p> <p>Langenhoff, Georg (2007). <i>Die Sozialtherapie im Strafvollzug Nordrhein-Westfalens. Gefangenenpopulation, Unterbringungsdauer der Inhaftierten und Prognose des Haftplatzbedarfes für Sexualstraftäter</i>. Düsseldorf: KrimD NRW.</p>
<p>(Jugendliche) Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Anstalten des Freistaats Sachsen</p>	<p>Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht (2006). Forschungsbericht 2004-2005 [Internet]. Verfügbar unter: <a href="http://www.mpicc.de/shared/data/pdf/fb0405.pdf">http://www.mpicc.de/shared/data/pdf/fb0405.pdf</a> [18.02.2008].</p> <p>Ortmann, Rüdiger; Albrecht, Hans-Jörg &amp; Obergfell-Fuchs, Joachim (2004). <i>Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Abteilungen des Freistaates Sachsen. Skizze einer Evaluationsstudie</i>. Freiburg im Breisgau: Ed. iuscrim.</p> <p>Weitere Informationen unter:</p> <p><a href="http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/sexualstraetaeter_sozial.htm">http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/sexualstraetaeter_sozial.htm</a></p> <p><a href="http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/archiv/jugendliche_sexualstraetaeter.htm">http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/archiv/jugendliche_sexualstraetaeter.htm</a></p> <p><a href="http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/jugendliche_sexualstraetaeter.htm">http://www.mpicc.de/ww/de/pub/forschung/forschungsarbeit/kriminologie/jugendliche_sexualstraetaeter.htm</a></p>

Kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle (Saale)

Bussmann, Kai-D.; Seifert, Simone & Richter, Kathrin (2007). Sozialtherapie im Strafvollzug: Die kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle (Saale). In Friedrich Lösel; Doris Bender & Jörg-Martin Jehle (Hrsg.), *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik: Entwicklungs- und Evaluationsforschung* (279-293). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Bussmann, Kai-D.; Seifert, Simone & Richter, Kathrin (2008). Probanden im sozialtherapeutischen Strafvollzug: Delinquenzbelastung, Biographie und Persönlichkeitsmerkmale. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 91 (1), 6-21.

Bussmann, Kai-D.; Seifert, Simone & Richter, Kathrin (2006). *Sozialtherapie im Strafvollzug: Die kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle (Saale)* [Internet]. Verfügbar unter: <http://wcms-neu1.urz.uni-halle.de/download.php?down=1094&elem=1015478> [04.02.2008].

Bussmann, Kai-D.; Seifert, Simone & Richter, Kathrin (2005). *Kriminologische Evaluation der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle (Saale)* [Internet]. Verfügbar unter: <http://wcms-neu1.urz.uni-halle.de/download.php?down=1101&elem=1015477> [04.02.2008].

Weitere Informationen unter:

<http://bussmann.jura.uni-halle.de/forschung/sotha/index.de.php>

<http://www.forschung-sachsen-anhalt.de/index.php3?option=projektanzeige&pid=10223&lang=0&perform=&PHPSESSID=fmfcshoekpagkegf5q1bl0nr74>

## G.2.4 Evaluationsleitfaden nach Stockmann<sup>2</sup>

<b>1</b>	<b>Programm und Umwelt</b>
	<b>Programmbeschreibung</b>
1.0	Programmdaten
1.1	Programmkonzeption
1.2	Innovationskonzeption
1.3	Ressourcen Umwelt-/Kontextbedingungen
1.4	Ländercharakterisierung
1.5	Praxis-/Politikfeld (gesellschaftliches Subsystem)
1.6	Zielgruppenbeschreibung (Adressaten, Klientel)
<b>2</b>	<b>Programmverlauf</b>
2.1	Vorbereitung/Planung
2.2	Programmsteuerung
2.3	Vorbereitung Fördernde
2.4	Nachbetreuung
<b>3</b>	<b>Interne Wirkungsfelder (Trägerorganisation)</b>
	<b>Organisatorische Leistungsfähigkeit des Trägers</b>
3.1	Zielakzeptanz bei der Durchführungsorganisation und ggf. bei der übergeordneten Trägerorganisation (z.B. Geldgeber)
3.2	Personal
3.3	Organisationsstruktur
3.4	Finanzielle Ressourcen
3.5	Technologie: Technische Infrastruktur
3.6	Technologie: Organisationsprogramm/-konzeption
3.7	Interne Programmwirkungen
<b>4</b>	<b>Externe Wirkungsfelder (Adressaten, Politik-/Praxisfelder)</b>
4.1	Zielakzeptanz bei den Zielgruppen
4.2	Zielgruppenerreichung
4.3	Nutzen für die Zielgruppen
4.4	Zielgruppenübergreifende Wirkungen
4.5	Wirkungen im Politikfeld des Programms
4.6	Politikfeldübergreifende Wirkungen
4.7	externe Programmwirkungen
<b>5</b>	<b>Programmqualität</b>
5.1	Planungs- und Durchführungsqualität
5.2	Interne wirkungsbezogene Qualität
5.3	Externe wirkungsbezogene Qualität
5.4	Nachhaltigkeit: Auf der Programmebene Auf der Makroebene
5.5	Effizienz
5.6	Gesellschaftspolitische Relevanz
5.7	Ökologische Verträglichkeit

<sup>2</sup> Stockmann 2006, S. 183.





**G.3.1 Erhebungsbogen zur Erfassung der Evaluationsstudien****Kriminologische Zentralstelle e.V., Wiesbaden****Fragebogen zur Erfassung der Projekte zur sozialtherapeutischen  
Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug****A) Allgemeines****1) Bitte geben Sie den Titel des Projektes an.**

.....  
.....

**2) Welche sozialtherapeutischen Einrichtungen sind an dem Projekt  
beteiligt?**

.....  
.....

**3) Um welche Art der Forschungsarbeit handelt es sich bei dem Projekt?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eigenprojekt         | <input type="checkbox"/> Magisterarbeit | <input type="checkbox"/> Habilitationsschrift |
| <input type="checkbox"/> Auftragsforschung    | <input type="checkbox"/> Diplomarbeit   | <input type="checkbox"/> Gutachten            |
| <input type="checkbox"/> geförderte Forschung | <input type="checkbox"/> Dissertation   | <input type="checkbox"/> sonstiges:           |

**4) Welche Laufzeit ist für das Projekt vorgesehen?**

von .....(Monat/Jahr) bis.....(Monat/Jahr)

**5) Derzeitiger Stand der Forschungsarbeit**

- |                                  |  |                                      |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> geplant | <input type="checkbox"/> abgeschlossen | <input type="checkbox"/> abgebrochen |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> laufend | <input type="checkbox"/> unterbrochen seit ..... |
|                                  | Wiederaufnahme geplant zum .....                 |

**6) Bitte machen Sie im Folgenden möglichst genaue Angaben zu:  
Auftraggeber (Institution)**

.....  
**Hauptverantwortlicher**

Name, Vorname:.....

Fachliche Zugehörigkeit:.....

Institution:.....

Telefon:.....

Email:.....

**Kooperationspartner**

Name, Vorname:.....

Fachliche Zugehörigkeit:.....

Institution:.....

Telefon:.....

Email:.....

**7) Welche Kosten sind für das Projekt veranschlagt?.....  
Falls möglich, bitten wir um die Zusendung eines Kostenplans.  
Danke.**

**8) Wer trägt die Kosten des Projekts?  
(Mehrfachnennungen möglich)**

verantwortliche Institution                      Kostenanteil in %.....

auftraggebende Institution                      Kostenanteil in %.....

Dt. Forschungsgemeinschaft                      Kostenanteil in %.....

Stiftung/Verein                      Kostenanteil in %.....

Name:.....

andere Geldgeber                      Kostenanteil in %.....

Name:.....

- 9) **Liegen bereits veröffentlichte oder nicht veröffentlichte Arbeiten zum Projekt vor (Bücher, Aufsätze, (Zwischen-)Berichte, Manuskripte, Arbeitspapiere etc.)?**

nein     ja

**Wenn ja, machen Sie bitte vollständige bibliographische Angaben (Autor, Erscheinungsjahr, Titel, Verlag). Für die Zusendung unveröffentlichter Arbeitspapiere bedanken wir uns.**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

## **B) Fragestellungen und Ziele**

- 1) **Welches Hauptziel verfolgen Sie mit dem Projekt?**

.....  
 .....

- 2) **Handelt es sich somit um eine**

Prozessevaluation

Ergebnisevaluation

sonstiges.....

- 3) **Welche einzelnen Fragestellungen/Teilziele werden bei dem Projekt untersucht? Bitte bringen Sie diese nach Möglichkeit in eine Rangreihe.**

1.) .....

2.) .....

3.) .....

4.) .....

5.) .....

**4) Bitte nennen Sie die expliziten Hypothesen ihres Projekts.**

.....

.....

**C) Untersuchungsdesign**

**1) Benennen Sie bitte das Untersuchungsdesign.**

- vor-experimentell (keine Kontrollgruppe) → weiter mit Frage 2
- experimentell (zuvor festgelegte Kontrollgruppe) → weiter mit Frage 3
- quasi-experimentell (zuvor gebildete Kontrollgruppe) → weiter mit Frage 3
- ex-post-facto (nachher gebildete Kontrollgruppe) → weiter mit Frage 3

**2) Design ohne Kontrollgruppe**

- Einpunkt-Erhebung retrospektive Datenerhebung am Interventionsende
- Pre- Posttest- Design Datenerhebung vor Beginn der Intervention und am Interventionsende
- Eingruppenplanung unbehandelte Phase vor der Intervention als Baseline-erhebung sowie Datenerhebung am Interventionsende

**3) Design mit Kontrollgruppe**

*(Mehrfachnennungen möglich, wenn mehr als eine Kontrollgruppe vorliegt)*

- unbehandelte Kontrollgruppe
- Wartelisten-Kontrollgruppe
- Kontrollgruppe mit alternativer Behandlung

Welche alternative Behandlung?.....

**4) Nach welcher Methode erfolgt die Zuweisung zur Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe? (Nur bei Design mit Kontrollgruppe)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Randomisierung                                  | Es erfolgt eine zufällige Zuweisung der Probanden zu Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe.  |
| <input type="checkbox"/> Randomisierung mit Matching                     | Vor der Randomisierung werden Maßnahmen ergriffen, um die Äquivalenz der Gruppe über gematchte Paare sicherzustellen.   |
| <input type="checkbox"/> nicht randomisiert mit individuellem Matching   | Für jeden Behandlungsteilnehmer wurde ein nicht behandelter Kontrollproband gesucht, der ihm in relevanten Aspekten entspricht.   |
| <input type="checkbox"/> nicht randomisiert mit stratifiziertem Matching | Es werden Maßnahmen ergriffen, um bestimmte relevante Variablen in beiden Gruppen vergleichbar zu halten (z.B. Stratifizierung nach Deliktart).                           |
| <input type="checkbox"/> natürlich vorliegende Gruppen                   | Natürlich vorliegende Gruppen werden zur Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe erklärt; es erfolgen keine spezifischen Maßnahmen zur Gewährleistung der Äquivalenz der Gruppen |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: .....                                |   |

**5) Wie lange dauert der Follow-up Zeitraum?***(Angabe bitte in Jahren bzw. Monaten)*

.....

**6) Ab wann beginnt der Follow-up-Zeitraum?**

.....

**7) Auf welches Datenmaterial stützen Sie sich?***(Mehrfachnennungen möglich)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> eigene Durchführung von Interviews            | <input type="checkbox"/> Gefangenenpersonalakte |
| <input type="checkbox"/> eigene Beobachtung der Probanden              | <input type="checkbox"/> Gerichtsurteil(e)      |
| <input type="checkbox"/> eigene Durchführung von psychologischen Tests | <input type="checkbox"/> BZR                    |
| <input type="checkbox"/> psychiatrisches Gutachten                     | <input type="checkbox"/> sonstiges              |
| <input type="checkbox"/> Therapieakten                                 | .....   |
|  | .....   |

**8) Wurden während der Behandlung untersuchungsrelevante Daten erhoben?**

- nein  ja, Anzahl der Messzeitpunkte:.....

**9) Wurden nach der Behandlung untersuchungsrelevante Daten erhoben?**

- nein  ja

**10) Nennen Sie bitte die abhängigen und unabhängigen Variablen Ihres Projekts.**

.....

.....

**11) Sind Mitarbeiter des Projektes auch an der Durchführung des Behandlungsprogramms beteiligt?**

[ ] nein [ ] ja

**12) Erheben Sie in Ihrem Projekt Rückfalldaten?**

[ ] nein (→ weiter mit Abschnitt D) [ ] ja (→ weiter mit Frage 13)

**13) Wird bei einem Rückfall nach Deliktgruppen unterschieden?**

[ ] nein [ ] ja, und zwar nach .....

**14) Wie definieren Sie Rückfall?***(Mehrfachnennungen möglich)*

- [ ] erneute Anklage [ ] Lapses (selbstberichteter Rückfall)  
 [ ] erneute Verurteilung [ ] sonstiges.....  
 [ ] erneute Inhaftierung .....

**15) Welche Datenquellen liegen der Rückfallerkennntnis zu Grunde?***(Mehrfachnennungen möglich)*

- [ ] BZR [ ] Selbstbericht  
 [ ] Auskünfte der Bewährungshilfe o.ä. [ ] sonstiges  
 .....

**D) Stichprobe****1) Bitte beschreiben Sie die Grundgesamtheit, aus der Sie die Stichprobe ziehen.**

Behandlungsgruppe:.....

.....

Kontrollgruppe:.....

.....

**2) Bitte geben Sie die geplante Stichprobengröße an.**

Behandlungsgruppe:..... Kontrollgruppe:.....

**3) Bitte geben Sie die derzeit erreichte Stichprobengröße an.**

Behandlungsgruppe:..... Kontrollgruppe:.....

**4) Machen Sie bitte Angaben zum Lebensalter der untersuchten Personen.**

Behandlungsgruppe: Alter von ..... bis ..... Altersdurchschnitt ca.: .....

Kontrollgruppe: Alter von ..... bis ..... Altersdurchschnitt ca.: .....

**5) Wird deliktspezifisch unterschieden?** nein (→ weiter mit Frage 9) ja (→ weiter mit Frage 6)**6) Nach welchen Deliktgruppen wird unterschieden?**

Behandlungsgruppe:.....

Kontrollgruppe:.....

**7) Wird nach der Art der Sexualdelikte unterschieden?** nein (→ weiter mit Frage 9) ja (→ weiter mit Frage 8)**8) Nach welchen Sexualdelikten wird unterschieden?***(Mehrfachnennungen möglich)*

Behandlungsgruppe:

Kontrollgruppe:

 sexueller Missbrauch von Kindern sexueller Missbrauch von Kindern sexuelle Nötigung/ Vergewaltigung sexuelle Nötigung/ Vergewaltigung sonstiges sonstiges

.....

.....



**9) Entnehmen Sie dem vorhandenen Datenmaterial Informationen zu folgenden Bereichen? (Mehrfachnennungen je Gruppe möglich)**

<u>Behandlungsgruppe</u>	<u>Kontrollgruppe</u>
<input type="checkbox"/> klinische Diagnosen	<input type="checkbox"/> klinische Diagnosen
<input type="checkbox"/> kriminelle Vorgeschichte	<input type="checkbox"/> kriminelle Vorgeschichte
<input type="checkbox"/> soziodemographische Daten	<input type="checkbox"/> soziodemographische Daten
<input type="checkbox"/> Tätertypologie	<input type="checkbox"/> Tätertypologie
<input type="checkbox"/> Risikomerkmale	<input type="checkbox"/> Risikomerkmale
<input type="checkbox"/> sonstige.....	<input type="checkbox"/> sonstige .....
.....	.....

**10) Entwickeln Sie aus diesen Daten eigene Kategorien (z.B. Risikogruppe etc.)?**

nein       ja, welche?.....

**11) Gibt es bisher Abbrecher in der Behandlungsgruppe?**

nein       ja, wie hoch ist der Anteil? .....

**12) Werden die Gründe für den Abbruch der Behandlung erfasst?**

nein       ja, welche Gründe?.....

**13) Wie werden die Behandlungsabbrecher innerhalb des Projekts weitergeführt?**

- als separate Gruppe       als Teil der Kontrollgruppe
- als Teil der Behandlungsgruppe       werden nicht weitergeführt
- ein Teil wird zur Behandlungsgruppe gezählt, anderer Teil zur Kontrollgruppe       sonstiges.....

**14) Gibt es darüber hinaus sonstige Ausfälle in der Behandlungsgruppe?**

- nein                       ja, wie hoch ist der Anteil?.....

**15) Werden die Gründe für Ausfälle dokumentiert?**

- nein                       ja, welche Gründe?.....

**E) Auswertung**

*Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auch dann, wenn sich das Projekt noch nicht in der Auswertungsphase befindet.*

**1) Mit welchen Auswertungsmethoden werden die Zielfragestellungen beantwortet? (Mehrfachnennungen möglich)**

- univariate Auswertung                       qualitative Auswertung  
 multivariate Auswertung                       sonstiges .....
- Zeitreihen

**2) Werden Effektstärken berechnet?**

- nein (→ weiter mit Frage 4)                       ja (→ weiter mit Frage 3)

**3) Nach welchen Methoden werden Effektstärken berechnet?**

- (relative) Häufigkeiten                       Teststatistiken  
 Mittelwerte                       Signifikanzniveaus  
 Standardabweichungen                       sonstiges .....

**4) Wie werden fehlende Werte statistisch behandelt?**

- fallweiser Ausschluss („missing value“, Stichprobe wird verkleinert)  
 werden durch die jeweiligen Mittelwerte ersetzt  
 noch offen

**5) Gibt es Überlegungen/Lösungsansätze zum Umgang mit unterschiedlichen Probandenstrukturen bei Behandlungs- und Kontrollgruppe?**

nein

ja, welche? .....

**6) Werden folgende Einflussfaktoren erfasst?**

Erwartungshaltung des Klienten gegenüber dem therapeutischen Vorgehen

Zufriedenheit des Klienten mit der Behandlung

Interaktion Klient-Therapeut

Klima der Einrichtung (Prisonisierung)

Interaktion innerhalb der Gruppe

sonstige .....

Basisangaben zum therapeutischen Personal (z.B. berufliche Qualifikation etc.)

**7) Wie hoch schätzen Sie die Validität Ihres Projektes ein?**

eher gering     durchschnittlich     überdurchschnittlich     sehr hoch

**8) Worin sehen Sie ggf. Einschränkungen in der Validität?**

.....  
 .....

**F) Behandlungsparameter**

**1) Welche Behandlungsformen werden evaluiert?**

*(Mehrfachnennungen möglich)*

(kognitive) Verhaltenstherapie     medikamentöse Therapie

soziales Training

schulische und berufliche Maßnahmen

tiefenpsychologische/

sonstige .....

psychoanalytische Therapie

.....

**2) Wird (auch) ein deliktspezifisches Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter gesondert evaluiert?**

Es gibt keine deliktspezifische Behandlung.

Die deliktspezifische Behandlung wird nicht (gesondert) evaluiert.

ja, welche?

BPS

SOTP

sonstige.....

**3) Wird die individuelle Behandlungsdauer erfasst?**

nein

ja

**4) Erfasst das Projekt die Behandlungskosten?**

nein

ja

**5) Werden im Rahmen der Projektlaufzeit erfolgte Veränderungen in der Behandlungskonzeption erfasst?**

nein

ja

**6) Werden in dem Projekt Merkmale der Programmintegrität (z.B. spezielles Training der Therapeuten, Supervision des Personals) erfasst?**

nein

ja, wie?

.....  
.....

**7) Werden in dem Projekt Merkmale der Behandlungsintegrität (z.B. Häufigkeiten und Dauer der Sitzungen) erfasst?**

nein

ja, wie?

.....  
.....

**8) Wird erhoben, ob das Behandlungskonzept bei den Durchführenden akzeptiert ist?**

nein

ja, wie?

.....  
.....

**9) Erfasst das Projekt Maßnahmen der Nachsorge (einschließlich Bewährungshilfe)?**

nein       ja, welche Maßnahmen?.....

.....

**Raum für zusätzliche Anmerkungen:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Datum**

**Unterschrift**

.....  
.....

**Vielen Dank!**

**Falls Sie zum Erhebungsbogen Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:**

**Kristin Schulz, Tel.: 0611 / 15758-0 (Durchwahl: -21), Fax: 0611 / 1575810**

**E-Mail: [k.schulz@krimz.de](mailto:k.schulz@krimz.de)**



**G.3.2 Erhebungsbogen zur Befragung der Sozialtherapeutischen Einrichtungen**

**FRAGEBOGEN ZUR  
BEHANDLUNG VON SEXUALSTRAFTÄTERN  
IN SOZIALTHERAPEUTISCHEN EINRICHTUNGEN**

**1. Allgemeine Informationen zur Sozialtherapeutischen Einrichtung**

Name der Einrichtung: .....

Ort: .....

Lage: a)  Kleinstadt     Mittelstadt (ab 20.000 EW)     Großstadt (ab 100.000 EW)b)  Stadtkern     Stadtrand     ländliche RegionOrganisationsform:     selbstständige Anstalt     Teilanstalt Abteilung     sonstiges, nämlich: .....**2. Leitung der Sozialtherapeutischen Einrichtung****Wer leitet die Sozialtherapeutische Einrichtung?**a) Geschlecht     Frau     Mannb) Ausbildung     Jura     Psychologie     Medizin sonstige: .....**3. Belegung****3.1 Belegung am 31.03.2006**

Haftplätze (gesamt)    : .....

davon

Einzelzellen    : .....

Gemeinschaftszellen    : .....

Zahl der Wohngruppen    : .....

Belegung pro Wohngruppe    : min. ....

max. ....

**3.2 Erfolgt eine getrennte Unterbringung nach Deliktgruppen?**

[ ] nein

[ ] ja, nämlich:

.....

**4. Räumliche Gegebenheiten****4.1 Wie viele multifunktional genutzte Räume haben Sie in der Sozialtherapeutischen Einrichtung?**

Anzahl: .....

**4.2 Gibt es darüber hinaus Räume, die der Sozialtherapeutischen Einrichtung ausschließlich für die folgenden Zwecke zur Verfügung stehen?**

<i>Raum</i>			<i>Wenn ja, Anzahl</i>
Konferenzraum	[ ] nein	[ ] ja	.....
Aufenthaltsraum für Bedienstete	[ ] nein	[ ] ja	.....
Aufenthaltsräume für Gefangene	[ ] nein	[ ] ja	.....
Therapieräume	[ ] nein	[ ] ja	.....
Besuchsräume	[ ] nein	[ ] ja	.....
Speisesaal für Gefangene	[ ] nein	[ ] ja	.....
Speisesaal für Bedienstete	[ ] nein	[ ] ja	.....
Unterrichts- / Seminarraum	[ ] nein	[ ] ja	.....
Werkraum bzw. Arbeitshalle	[ ] nein	[ ] ja	.....
Bastelraum	[ ] nein	[ ] ja	.....
Sporthalle bzw. Fitnessraum	[ ] nein	[ ] ja	.....
Schwimmhalle	[ ] nein	[ ] ja	.....
Sportplatz	[ ] nein	[ ] ja	.....
Andachtsraum	[ ] nein	[ ] ja	.....

**4.3 Welche Räume nutzen Sie gemeinsam mit der Gesamtanstalt?**

.....

.....

.....



## 5. Fortbildungsmaßnahmen

### 5.1 Welche hausinternen Fortbildungsmaßnahmen wurden in den letzten 12 Monaten von Ihnen durchgeführt? Geben Sie bitte jeweils das Thema, Teilnehmerkreis und Dauer der Fortbildung an!

1. Thema der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Dauer der Fortbildungsmaßnahme:.....
2. Thema der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Dauer der Fortbildungsmaßnahme: .....
3. Thema der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Dauer der Fortbildungsmaßnahme:.....
4. Thema der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Dauer der Fortbildungsmaßnahme:.....
5. Thema der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahme:.....  
Dauer der Fortbildungsmaßnahme:.....

*!! Führen Sie eventuelle weitere Fortbildungsmaßnahmen bitte auf einem gesondertem Blatt auf !!*

### 5.2 Welche Arten der Supervision werden in Ihrer Sozialtherapeutischen Einrichtung regelmäßig durchgeführt?

*(Mehrfachnennungen möglich!)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Supervision der Therapeuten in Teamsitzungen   | <input type="checkbox"/> Supervision des AVD in Teamsitzungen   |
| <input type="checkbox"/> Supervision der Therapeuten in Einzelsitzungen | <input type="checkbox"/> Supervision des AVD in Einzelsitzungen |
| <input type="checkbox"/> Supervision des gesamten Behandlungsteams      |   |

### 5.3 Wie erfolgt die Supervision?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> hausinterne Supervisoren     | <input type="checkbox"/> anstaltsinterne Supervisoren |
| <input type="checkbox"/> vollzugsinterne Supervisoren | <input type="checkbox"/> vollzugsexterne Supervisoren |

**5.4 Gibt es in Ihrem Hause eine für alle Bediensteten zugängliche Bibliothek, in der Fachliteratur einzusehen ist?**

nein  ja

**6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

**Bitte geben Sie zu den folgenden Konferenzen an, in welcher Regelmäßigkeit und mit welchem Teilnehmerkreis sie durchgeführt werden!**

1. Konferenz zur Frage der Aufnahme von neuen Gefangenen  
Regelmäßigkeit:.....  
Teilnehmer:.....
2. Konferenz zur Frage der Vollzugsplanung  
Regelmäßigkeit:.....  
Teilnehmer:.....
3. Konferenz zur Frage der Lockerung von Gefangenen  
Regelmäßigkeit:.....  
Teilnehmer:.....
4. Konferenz zur Krisenintervention  
Regelmäßigkeit:.....  
Teilnehmer:.....
5. Konferenz zur Frage der Rückverlegung von Gefangenen  
Regelmäßigkeit:.....  
Teilnehmer:.....
6. Konferenz zur Frage der Prognose  
Regelmäßigkeit:.....  
Teilnehmer:.....

*!! Führen Sie eventuelle weitere Konferenzen bitten auf einem gesondertem Blatt auf !!*

**7. Auswahl der Insassen**

**7.1 Wer überprüft die Voraussetzungen für eine Aufnahme in Ihre Sozialtherapeutische Einrichtung nach § 9 Abs.1 StVollzG in erster Linie?**

- zentrale Einweisung  Sozialtherapeutische Einrichtung selbst  
 Stammanstalt / Regelanstalt  sonstige:.....

**7.2 Gibt es für Ihre Sozialtherapeutische Einrichtung verbindliche Vorgaben über den Anteil an Haftplätzen, die für Gefangene nach § 9 Abs.1 StVollzG und Gefangene nach § 9 Abs.2 StVollzG vorgesehen sind?**

nein  ja

Wenn ja: welche Vorgaben gelten?

Anteil an Gefangenen nach § 9 Abs. 1 StVollzG:.....

Anteil an Gefangenen nach § 9 Abs. 2 StVollzG:.....

**7.3 Welche Ausschlusskriterien werden bei der Aufnahme von Gefangenen nach § 9 Abs.1 StVollzG in Ihre Sozialtherapeutische Einrichtung angelegt?**

.....  
.....  
.....  
.....

**7.4 Welche besonderen Aufnahmekriterien gelten für die Aufnahme von Gefangenen nach § 9 Abs.1 StVollzG?**

.....  
.....  
.....

**7.5 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine speziellen Phase der Diagnostik, die der endgültigen Aufnahme in die Sozialtherapeutische Anstalt vorgeschaltet ist und in deren Verlauf eine Ablehnung des Gefangenen nicht als Behandlungsabbruch gilt?**

nein  ja

Wenn ja: Wie viele Gefangene von 100 werden durchschnittlich im Laufe dieser Phase zurückverlegt?

Anzahl: ..... von 100 Gefangenen

Wenn ja: Gibt es eine spezielle Aufnahmestation?

nein  ja

**7.6 Welche Kriterien sind für die Rückverlegung eines Gefangenen durch die Sozialtherapeutische Einrichtung ausschlaggebend?**

.....  
.....  
.....  
.....

**8. Diagnostik**

**8.1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine verbindliche Definition der Begriffe Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungswilligkeit und Behandlungsfähigkeit bei Sexualstraftätern?**

nein  ja

Wenn ja: Wie lautet die verbindliche Definition der einzelnen Begriffe?

Behandlungsbedürftigkeit: .....  
.....  
.....

Behandlungswilligkeit: .....  
.....  
.....

Behandlungsfähigkeit: .....  
.....  
.....

*!! Falls ein entsprechendes Schriftstück mit Definitionen vorliegt, bitten wir Sie eine Kopie beizulegen !!*

**8.2 Mit welchen diagnostischen Mitteln werden die Aspekte von Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungswilligkeit und Behandlungsfähigkeit konkret erhoben?**

Behandlungsbedürftigkeit: .....  
.....  
.....  
.....

Behandlungswilligkeit: .....

.....

.....

.....

.....

Behandlungsfähigkeit: .....

.....

.....

.....

### 8.3 Welche Themenbereiche werden in der Erstdiagnostik von standardmäßig abgefragt und dokumentiert?

*(Mehrfachnennungen möglich!)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Familienanamnese                 | <input type="checkbox"/> Informationen zur aktuellen Verurteilung |
| <input type="checkbox"/> Schul- und Berufskennnisse       | <input type="checkbox"/> Einlassungen zur Straffälligkeit         |
| <input type="checkbox"/> Sozialanamnese                   | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsvariablen                 |
| <input type="checkbox"/> Sexualanamnese                   | <input type="checkbox"/> vollzugliches Verhalten                  |
| <input type="checkbox"/> Suchtanamnese                    | <input type="checkbox"/> Informationen zur Suizidgefahr           |
| <input type="checkbox"/> finanzielle Situation            | <input type="checkbox"/> Informationen zur Gefährlichkeit         |
| <input type="checkbox"/> Informationen zu Voreintragungen |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige:.....                   |   |

*!! Falls Sie eine entsprechende Checkliste o.ä. erstellt haben, bitte wir Sie, eine Kopie beizulegen !!*

### 8.4 Welche der folgenden Themenbereiche umfasst die anfängliche Gefährlichkeitsüberprüfung?

*(Mehrfachnennungen möglich!)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fluchtgefahr                            | <input type="checkbox"/> Gefahr der Selbstverletzung             |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit gegenüber Personal      | <input type="checkbox"/> Gefahr des Suchtmittelkonsums           |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit gegenüber Mitgefangenen | <input type="checkbox"/> Gefahr der Bedrohung durch Mitgefangene |
| <input type="checkbox"/> sonstige: .....                         |  |
| <input type="checkbox"/> Es gibt keine derartige Einschätzung.   |  |

### 8.5 Aus welchen Datenquellen werden Informationen zur Erstellung der Erst-diagnose herangezogen?

(Mehrfachnennungen möglich!)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urteil                                     | <input type="checkbox"/> psychologische Exploration         |
| <input type="checkbox"/> komplette Ermittlungsakte                  | <input type="checkbox"/> Checklisten                        |
| <input type="checkbox"/> Gutachten aus dem Hauptverfahren           | <input type="checkbox"/> psychologische Testverfahren       |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensbeobachtung durch Stationsbeamte | <input type="checkbox"/> Anamnese durch den Sozialen Dienst |
| <input type="checkbox"/> sonstige: .....                            |   |

Falls psychologische Testverfahren eingesetzt werden: welche Testverfahren werden verwandt?

.....  
 .....  
 .....

### 8.6 Werden klinische Diagnosen nach einem Klassifikationssystem gestellt?

- nein
- ja, nach ICD-10
- ja, nach DSM-IV

### 8.7 Erheben Sie die therapierlevanten Daten im Zuge der Behandlung im Sinne einer Verlaufsdagnostik fortlaufend neu?

- nein  ja

Falls ja:

a) In welchen Abständen erfolgt die Verlaufsdagnostik?

- regelmäßig, nämlich.....
- bei Bedarf
- unterschiedlich je nach Therapiephase und Therapiefortschritt

b) Wie oft wird auf den gesamten Therapieverlauf gesehen (einschließlich der Erstuntersuchung) eine Verlaufsdagnostik durchgeführt?

Anzahl: min. .... max. ....

c) Welche Daten werden erhoben?

.....  
 .....

**8.8 Werden Therapiesitzungen regelmäßig protokolliert bzw. dokumentiert?**

nein  ja

Wenn ja: wie werden die Therapiesitzungen dokumentiert?

schriftliche Aufzeichnung  Videoaufzeichnung

Audioaufzeichnung

**8.9 Welche der folgenden Prognoseinstrumente werden für die Erstellung der Entlassprognose herangezogen?**

kein Einsatz von Prognoseinstrumenten  Kriterienorientierte Prognoseliste nach Dittmann

SVR-20  Kriterienorientierte Prognoseliste nach Nedopil

HCR-20  Kriterienorientierte Prognoseliste nach Rasch

RRS von Rehder  Kriterienorientierte Prognoseliste nach Wulf

PCL-R / PCL-SV  sonstige:.....

FOTRES von Urbaniok .....

**8.10 Welche Themen spielen standardmäßig in Bezug auf die Entlassprognose eine Rolle?**

Familienanamnese  Informationen zur Rückfallgefahr

Schul- und Berufskennntnisse  Informationen zu Risikosituationen

Sozialanamnese  Entlassperspektive

Sexualanamnese  sozialer Empfangsraum

Suchtanamnese  Wohnsituation nach Entlassung aus dem Vollzug

finanzielle Situation  Arbeitssituation nach Entlassung aus dem Vollzug

Einlassungen zur Straffälligkeit  Kooperation mit der Bewährungshilfe

Persönlichkeitsvariablen

vollzugliches Verhalten

sonstige: .....

*!! Falls eine verbindliche Checkliste von Themen für die Entlassprognose vorliegt, bitten wir Sie das Schriftstück in Kopie beizulegen !!*





**Wenn nein, warum ist kein Wechsel möglich?**

.....  
 .....  
 .....

**9.5 Werden Therapiesitzungen als Arbeitszeit des Gefangenen angesehen?**

nein       ja, teilweise       ja, vollständig

Anmerkungen: .....

.....

.....

**9.6 Wie viele Therapiestunden sind pro Woche pro Person durchschnittlich vorgesehen?**

Einzeltherapie: min. .... Stunden pro Woche pro Person

Gruppentherapie: min. .... Stunden pro Woche pro Person

**9.7 Wie viele Behandlungsmonate sind nach ihrer Einschätzung mindestens bzw. höchstens erforderlich?**

min. .... Behandlungsmonate

max. .... Behandlungsmonate

**9.8 Erfolgt eine (teilweise oder vollständige) getrennte Behandlung nach Deliktgruppen?**

nein

ja, nämlich:

.....

.....

**9.9 Welche Gruppengröße ist für Gruppentherapiesitzungen vorgesehen?**

Anzahl: von ..... bis ..... Mitglieder

**9.10 Werden Angehörige in die Therapie einbezogen?**

- ja → weiter mit Frage 9.11  
 nein → weiter mit Frage 9.12

**9.11 Zu welchem Zweck findet eine Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie statt?***(Mehrfachantworten möglich!)*

- Information  Paargespräch  
 Konfrontation im Zuge der Tatarbeitung  Entlassvorbereitung  
 Vorbereitung von Vollzugslockerungen  Rückfallprävention  
 sonstiges: .....

**9.12 Wird ein Therapievertrag vereinbart?**

- nein  ja

Wenn ja: wie geht die Therapievereinbarung vonstatten?

- Standardtherapievertrag  
 individuelle Therapievereinbarung

*!! Falls Sie einen Standardtherapievertrag ausgearbeitet haben, bitten wir, eine Kopie beizulegen !!***9.13 Durch welche Maßnahmen wird Therapietransparenz für den Gefangenen hergestellt?**

.....  
 .....  
 .....

**9.14 Übernehmen interne und externe Therapeuten unterschiedliche Aufgabenbereiche und Tätigkeiten?**

- nein  ja  
 Die Einrichtung beschäftigt keine externen Therapeuten.

Wenn keine externen Therapeuten beschäftigt werden: warum wird auf externe Therapeuten verzichtet?

.....  
 .....

Wenn externe Therapeuten beschäftigt werden und mit unterschiedlichen Aufgaben betraut sind: Welche Tätigkeitsschwerpunkte haben interne und externe Therapeuten?

a) interne Therapeuten: .....

.....

.....

b) externe Therapeuten: .....

.....

.....

## 10. Therapieplanung

### 10.1 Wer ist für die Therapieplanung zuständig?

.....

.....

### 10.2 Bei welchen Mitarbeitergruppen werden Informationen zur Therapieplanung eingeholt?

.....

.....

### 10.3 In welche Phasen gliedert sich die Therapie? Geben Sie bitte zudem an, wie lange die Phasen durchschnittlich dauern!

	Phase	Dauer
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



### 11.2 Werden speziell für Sexualstraftäter entwickelte Behandlungsprogramme durchgeführt?

- nein  SOTP  
 BPS  Programm nach Eldridge & Bullens  
 sonstige:
- .....

### 11.3 Sind die folgenden Themenbereiche standardmäßig als eigenständige Thematik im Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter vorgesehen? Wenn ja, geben Sie bitte an, ob die angegebenen Aspekte in Einzel- oder Gruppensitzungen diskutiert werden!

		<i>Einzel- Sitzungen</i>	<i>Gruppen- Sitzungen</i>	<i>Einzel- &amp; Gruppen- Sitzungen</i>
Sexualerziehung	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit sexuellen Phantasien	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung männlicher Rollenstereotype	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verleugnung und Bagatellisierung der Tat	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbau und Förderung von Opferempathie	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimitäts- und interpersonelle Probleme	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion devianter sexueller Erregung	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergewaltigungsmythen / kognitive Verzerrungen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriminalitätsfördernde Einstellungen und Haltungen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifikation und Umgang mit Risikofaktoren	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverpflichtung gegenüber der Vermeidung von Rückfällen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten-Nutzen-Bewertung der Kriminalität	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opferempathie	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deliktszenarien und Tathergang	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktuelle persönliche Beziehungen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktuelle Konflikte	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stressmanagement	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärgermanagement / Erhöhung der Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemlösekompetenzen und Konfliktbewältigung	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zurückweisung, Eifersucht und / oder emotionale Einsamkeit	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung von Emotion, Emotionsregulation / -kontrolle	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung sozialer Kompetenz und Kommunikation	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang und Bearbeitung von Substanzmittelgebrauch	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung von Alltagsstrukturierung	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialisationserfahrungen / gesellschaftliche Integration	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung von Selbstkontrolle und Selbstinstruktion	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung von Selbstverantwortung	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung eines realistischen Selbstwertgefühls	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige:.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 11.4 Welche zusätzlichen verpflichtenden Behandlungsverfahren werden in Ihrer Sozialtherapeutischen Einrichtung angewandt?

(Mehrfachnennungen möglich!)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeit  | <input type="checkbox"/> Entspannungstraining                |
| <input type="checkbox"/> Partnertherapie   | <input type="checkbox"/> Ergotherapie                        |
| <input type="checkbox"/> Familientherapie  | <input type="checkbox"/> Logotherapie                        |
| <input type="checkbox"/> systemische Therapie  | <input type="checkbox"/> Sport- und / oder Bewegungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Musik- und / oder Kunsttherapie                                     | <input type="checkbox"/> Arbeitstherapie                     |
| <input type="checkbox"/> sonstige: .....   |  |
| <input type="checkbox"/> Es gibt keine solchen zusätzlichen Verfahren. → weiter mit Frage 12 |  |

**11.5 Wann kommen mögliche zusätzliche Verfahren zum Einsatz?**

- individuelles Angebot bei entsprechender Indikationsstellung
- stetiges Angebot mit Bewerbungspflicht des Gefangenen, Anwendung der Verfahren bei Eignung
- stetiges Angebot mit Bewerbungspflicht des Gefangenen, Anspruch auf Anwendung der Verfahren
- stetiges Angebot ohne Bewerbungspflicht des Gefangenen

**12. Lockerungen und Kontrollmaßnahmen****12.1 Gibt es bezüglich der Lockerung von Sexualstraf Tätern spezifische Regelungen?**

- a) in Ihrem Bundesland: .....
- .....
- .....
- b) in Ihrem Haus: .....
- .....
- .....

**12.2 Welche Arten von Vollzugslockerungen sind in Ihrer Einrichtung grundsätzlich möglich?***(Mehrfachnennungen möglich!)*

- personalbegleitete Ausführung                       Urlaub
- Ausgang ohne Personalbegleitung                       Entlassurlaub
- Freigang
- Es gibt grundsätzlich keine Lockerungen, weil

.....

.....

.....

**12.3 Welche der folgenden Punkte umfasst die Gefährlichkeitsüberprüfung von Sexualstraf Tätern im Zuge von Vollzugslockerungen?***(Mehrfachnennungen möglich!)*

- Fluchtgefahr     Gefahr des Suchtmittelkonsums
- Überprüfung von Risikosituationen                       Gefahr eines erneuten Sexualdeliktes

- Gefährdung von Angehörigen                       Gefahr eines nicht-sexuellen Gewaltdelikts  
 Gefährdung der Allgemeinheit                       Gefahr irgendeines anderen neuen Delikts  
 Gefahr der Selbstverletzung  
 sonstige:
- .....

**12.4 Gibt es eine schriftliche Begutachtung, wenn über Vollzugslockerungen von Sexualstraftätern entschieden wird?**

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| a) hausintern                 | b) extern                     |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |

Anmerkungen: .....

.....

.....

**12.5 In wie weit werden Gefangene in ihrem Alltagsleben kontrolliert?**

- |                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| Brief- / Telefonkontrolle   | <input type="checkbox"/> stichprobenmäßig   | <input type="checkbox"/> je nach Lockerungsstufe     |
|                             | <input type="checkbox"/> in Verdachtsfällen | <input type="checkbox"/> je nach Therapiefortschritt |
| Untersuchung von Hafträumen | <input type="checkbox"/> stichprobenmäßig   | <input type="checkbox"/> je nach Lockerungsstufe     |
|                             | <input type="checkbox"/> in Verdachtsfällen | <input type="checkbox"/> je nach Therapiefortschritt |
| Urinkontrollen              | <input type="checkbox"/> stichprobenmäßig   | <input type="checkbox"/> je nach Lockerungsstufe     |
|                             | <input type="checkbox"/> in Verdachtsfällen | <input type="checkbox"/> je nach Therapiefortschritt |
| Alkoholkontrollen           | <input type="checkbox"/> stichprobenmäßig   | <input type="checkbox"/> je nach Lockerungsstufe     |
|                             | <input type="checkbox"/> in Verdachtsfällen | <input type="checkbox"/> je nach Therapiefortschritt |

Anmerkungen: .....

.....

.....



**13. Schule / Arbeit und Freizeit****13.1 Welche Beschäftigungsmaßnahmen können von den Gefangenen der sozialtherapeutischen Einrichtung wahrgenommen werden?***(Mehrfachnennungen möglich!)*

- Schulmaßnahmen
- Berufsausbildung
- Umschulungsmaßnahmen
- berufsfördernde Maßnahmen durch Fort- und Weiterbildungen
- Möglichkeit von Praktika
- Arbeit

**13.2 Falls Schulmaßnahmen angeboten werden: welche Angebote können den Gefangenen gemacht werden?***(Mehrfachnennungen möglich!)*

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alphabetisierungskurs | <input type="checkbox"/> Gymnasium   |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule           | <input type="checkbox"/> Fernstudium |
| <input type="checkbox"/> Realschule            | <input type="checkbox"/> Förderkurs  |
| <input type="checkbox"/> sonstige:             |                                      |

**13.3 Ist eine Freistellung von der Arbeitspflicht zugunsten von Schulmaßnahmen möglich? D.h. Gibt es ein Modell ‚Schule statt Arbeit‘?**

- nein  ja

Anmerkungen: .....

.....

.....

**13.4 Falls eine Berufsausbildung möglich ist: welche anerkannten Berufsausbildungen werden angeboten?**

hausintern: .....

.....

.....

vollzugsintern: .....

.....

.....



**13.9 Wann und wie lange haben die Gefangenen die Möglichkeit, sich frei in der sozialtherapeutischen Einrichtung bzw. auf ihrer Station zu bewegen?**

Aufschluss von..... Uhr bis..... Uhr

und von..... Uhr bis ..... Uhr

= ..... Stunden am Tag

Aufschluss am Wochenende von..... Uhr bis..... Uhr

und von..... Uhr bis ..... Uhr

= ..... Stunden am Tag

Anmerkungen: .....  
.....

**13.10 Welche Sportgruppen werden regelmäßig angeboten?**

hausintern: .....  
.....  
.....

vollzugsintern: .....  
.....  
.....

vollzugsextern: .....  
.....  
.....

**13.11 Welche sonstigen Freizeitgruppen werden angeboten?**

hausintern: .....  
.....  
.....

vollzugsintern: .....  
.....  
.....

vollzugsextern: .....  
.....  
.....

**13.12 Welche Freizeitangebote und Freizeitmöglichkeiten gibt es zur Eigennutzung (Tischtennisplatte, Spielesammlung...)?**

.....  
 .....  
 .....

**13.13 Gibt es eine Gefangenenzeitschrift?**

nein

ja

**13.14 Inwieweit wird dem Angleichungsgrundsatz nach §3 Abs.1 StVollzG Rechnung getragen? Denken Sie dabei bitte zum Beispiel an Aspekte wie eigenverantwortlicher Einkauf, Verfügung über Bargeld und ähnliches!**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**13.15 Wie ist die therapeutische Gemeinschaft gestaltet und damit das Gemeinschaftsleben organisiert? Denken Sie dabei bitten zum Beispiel an Wohngruppensitzungen, eigenverantwortliche Planung von Freizeitangeboten und ähnliches!**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**14. Außenkontakte der Insassen**

**14.1 Welche Besuchsfrequenz ist festgelegt?**

planmäßig ..... Besuche pro Monat möglich

unterschiedlich, in Abhängigkeit von der Therapiephase mit  
 min. .... und max. .... Besuchen pro Monat

**14.2 Welche Besuchsdauer ist vorgesehen?**

- planmäßig ..... Stunden pro Besuch  
 = ..... Stunden pro Monat möglich
- unterschiedlich, in Abhängigkeit von der Therapiephase mit  
 min. .... und max. .... Stunden pro Monat

**14.3 Erfolgt vor dem ersten Besuch eine persönliche Kontaktaufnahme mit dem Besucher?**

- nein  ja

Wenn ja, warum?

.....  
 .....  
 .....

**14.4 Ist eine optische oder akustische Besuchüberwachung vorgesehen?**

- ja, immer  ja, aber nur bei Indikation  nein

**14.5 Gibt es die Möglichkeit von Langzeitbesuchen?**

- nein  ja

Wenn ja:

- a) Wie oft sind Langzeitbesuche möglich?

.....  
 .....

- b) Für welche Zeitdauer kann ein Langzeitbesuch maximal gewährt werden?

.....  
 .....

**14.6 Arbeiten ehrenamtliche Helfer für die Sozialtherapeutische Einrichtung?**

- nein  ja

Wenn ja: Welche Aufgaben sind ehrenamtlichen Helfern zugeordnet?

.....  
 .....  
 .....

Wenn nein: Warum werden keine ehrenamtlichen Helfer eingesetzt?

.....  
.....  
.....

**15. Nachgehende Betreuung (Nachsorge)**

**15.1 Verfügt Ihre Einrichtung über ein ausgearbeitetes Konzept zur Nachsorge im Anschluss an den Aufenthalt in der Sozialtherapie?**

nein  ja

**15.2 Inwieweit gibt es eine Kooperation zwischen der Bewährungshilfe und der Sozialtherapeutischen Einrichtung?**

gar nicht  in Einzelfällen  in systematischer Form

Anmerkungen: .....  
.....  
.....

**15.3 Welche konkreten Maßnahmen ergreift die Sozialtherapeutische Einrichtung im Rahmen der Nachsorge? Bitte grenzen Sie Nachsorge von üblicher Entlassvorbereitung ab!**

Entlassvorbereitung:

.....  
.....  
.....

Nachbetreuung:

.....  
.....  
.....

**15.4 Bei wie vielen Gefangenen erfolgt eine Nachbetreuung durch die Sozialtherapeutische Einrichtung?**

Anzahl: durchschnittlich ..... von 10 Gefangenen

**15.5 Für welche zeitliche Dauer ist die Nachbetreuung durchschnittlich vorgesehen?**

..... Stunden pro Woche für die folgenden ..... nach Entlassung

Anmerkungen: .....

.....

**15.6 Gibt es im Zuge der Nachsorge eine spezielle Krisenintervention durch die Sozialtherapeutische Einrichtung, etwa in Form einer Notfallambulanz?**

nein

ja, nämlich:

.....

.....

.....

**16. Dokumentation und Forschung****16.1 Verwenden Sie ein standardisiertes System zur fallweisen Dokumentation der Behandlungsfälle?**

nein

ja

*!! Wenn Sie ein standardisiertes System nutzen, bitten wir Sie, einen Dokumentationsbogen beizulegen !!*

**16.2 Fand in den letzten 5 Jahren eine kriminologische Begleitforschung zum Zweck der Prozessevaluation des Behandlungskonzepts statt?**

nein

ja

*!! Falls eine wissenschaftliche Begleitung stattfindet, bitten wir um Zusendung entsprechender Dokumente !!*

**16.3 Wer ist für die wissenschaftliche Begleitung verantwortlich?**

Personal der Sozialtherapeutischen Einrichtung

Profession: .....

Themenschwerpunkt: .....

finanziert durch: .....

Veröffentlichungen: .....

externe Wissenschaftler

kriminologischer Dienst des Bundeslandes

**Datum****Unterschrift**

.....

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!****Für eventuelle Rückfragen der KrimZ:**

Dieser Erhebungsbogen wurde

ausgefüllt von:

.....

Zu erreichen unter: Tel.:

.....

Email:

.....



**G.3.3 Erhebungsbogen zur Befragung der zentralen Einweisungsabteilungen und -anstalten**

**FRAGEBOGEN ZUR VERLEGUNG VON SEXUALTRAF-TÄTERN IN EINE SOZIALTHERAPEUTISCHE EINRICHTUNG**

**1. Welche Ausschlusskriterien gelten für die Verlegung in eine Sozialtherapeutische Einrichtung?**

**Unterscheiden Sie bitte nach Gefangenen, die nach § 9 Abs. 1 StVollzG aufgenommen werden sollen, und Gefangenen, die nach § 9 Abs. 2 StVollzG aufgenommen werden sollen!**

für Gefangene nach § 9 Abs. 1 StVollzG:

.....  
.....  
.....  
.....

für Gefangene nach § 9 Abs. 2 StVollzG:

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Welche besonderen Aufnahmekriterien gelten für die Verlegung in eine Sozialtherapeutische Einrichtung?**

**Unterscheiden Sie bitte nach Gefangenen, die nach § 9 Abs. 1 StVollzG aufgenommen werden sollen, und Gefangenen, die nach § 9 Abs. 2 aufgenommen werden sollen!**

für Gefangene nach § 9 Abs. 1 StVollzG:

.....

.....

.....

.....

für Gefangene nach § 9 Abs. 2 StVollzG:

.....

.....

.....

.....

**3. Gibt es eine verbindliche Definition der Begriffe Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungswilligkeit und Behandlungsfähigkeit bei Sexualstraftätern?**

nein  ja

**Wenn ja: Wie lautet die verbindliche Definition der einzelnen Begriffe?**

Behandlungsbedürftigkeit: .....

.....

.....

Behandlungswilligkeit: .....

.....

.....

.....

Behandlungsfähigkeit: .....

.....

.....

.....

*!! Falls ein entsprechendes Schriftstück mit Definitionen vorliegt, bitten wir Sie eine Kopie beizulegen !!*

**4. Mit welchen diagnostischen Instrumenten werden die Aspekte von Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungswilligkeit und Behandlungsfähigkeit konkret erhoben?**

Behandlungsbedürftigkeit: .....

.....

.....

.....

Behandlungswilligkeit: .....

.....

.....

.....

Behandlungsfähigkeit: .....

.....

.....

.....

**5. Welche Daten werden standardmäßig zur Erstellung einer Erstdiagnose herangezogen?**

*(Mehrfachnennungen möglich!)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urteil                                     | <input type="checkbox"/> Explorationsgespräche        |
| <input type="checkbox"/> komplette Ermittlungsakte                  | <input type="checkbox"/> Checklisten                  |
| <input type="checkbox"/> Gutachten aus dem Hauptverfahren           | <input type="checkbox"/> psychologische Testverfahren |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensbeobachtung durch Stationsbeamte | <input type="checkbox"/> Sozialanamnese               |
| <input type="checkbox"/> sonstige:                                  |   |

.....

Falls psychologische Testverfahren eingesetzt werden: welche Testverfahren werden verwandt?

.....

.....

.....

.....

**6. Werden von Ihnen klinische Diagnosen nach einem Klassifikationssystem gestellt?**

- nein  
 ja, nach ICD-10  
 ja, nach DSM-IV

**7. Welche Themenbereiche werden in der Erstdiagnostik standardmäßig abgefragt und dokumentiert?**

*(Mehrfachnennungen möglich!)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Familienanamnese                 | <input type="checkbox"/> Informationen zur aktuellen Verurteilung |
| <input type="checkbox"/> Schul- und Berufskennnisse       | <input type="checkbox"/> Einlassungen zur Straffälligkeit         |
| <input type="checkbox"/> Sozialanamnese                   | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsvariablen                 |
| <input type="checkbox"/> Sexualanamnese                   | <input type="checkbox"/> vollzugliches Verhalten                  |
| <input type="checkbox"/> Suchtanamnese                    | <input type="checkbox"/> Informationen zur Suizidgefahr           |
| <input type="checkbox"/> finanzielle Situation            | <input type="checkbox"/> Informationen zur Gefährlichkeit         |
| <input type="checkbox"/> Informationen zu Voreintragungen |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige:                        |   |

.....  
*!! Falls Sie eine entsprechende Checkliste o.ä. erstellt haben, bitte wir Sie, eine Kopie beizulegen !!*

**8. Welche der folgenden Themenbereiche umfasst die anfängliche Gefährlichkeitsüberprüfung?**

*(Mehrfachnennungen möglich!)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fluchtgefahr                            | <input type="checkbox"/> Gefahr der Selbstverletzung             |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit gegenüber Personal      | <input type="checkbox"/> Gefahr des Suchtmittelkonsums           |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit gegenüber Mitgefangenen | <input type="checkbox"/> Gefahr der Bedrohung durch Mitgefangene |
| <input type="checkbox"/> sonstige:                               |  |

**9. Welche der folgenden Prognoseinstrumente werden für die Erstellung der Entlassprognose herangezogen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kein Einsatz von Prognoseinstrumenten | <input type="checkbox"/> Kriterienorientierte Prognoseliste nach Wulf     |
| <input type="checkbox"/> SVR-20                                | <input type="checkbox"/> Kriterienorientierte Prognoseliste nach Dittmann |

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HCR-20         | <input type="checkbox"/> Kriterienorientierte Prognoseliste nach Nedopil |
| <input type="checkbox"/> RRS            | <input type="checkbox"/> Kriterienorientierte Prognoseliste nach Rasch   |
| <input type="checkbox"/> PCL-R / PCL:SV | <input type="checkbox"/> sonstige:                                       |
| <input type="checkbox"/> FOTRES         | .....  |
|   | .....  |

**10. Wird der Gefangene direkt im Anschluss an die diagnostische Phase einer Sozialtherapeutischen Einrichtung überstellt?**

- ja, immer
- ja, wenn der Gefangene später direkt aus der Sozialtherapeutischen Einrichtung entlassen werden kann
- nein, der Gefangene wird zunächst in seine Stammanstalt zurückverlegt und zu einem späteren Zeitpunkt einer Sozialtherapeutischen Einrichtung überstellt
- sonstige Verfahrensweise:
- .....
- .....
- .....
- .....

**11. Wie erfolgt die Zuweisung eines Gefangenen zur sozialtherapeutischen Einrichtung?**

- zufällige Zuweisung
- Zuweisung nach Deliktgruppen
- Zuweisung nach Behandlungsprogramm
- Es gibt nur eine sozialtherapeutische Einrichtung
- Zuweisung nach Kapazitäten
- sonstige Regelung:
- .....

**12. Kann die aufnehmende Sozialtherapeutische Einrichtung über die Aufnahme eines Gefangenen mitentscheiden?**

- nein
- ja

Wenn ja: Inwiefern kann sich die Sozialtherapeutische Einrichtung am Aufnahmeprozess beteiligen? Gibt es spezielle Regelungen hierzu?

.....  
.....  
.....  
.....

**Raum für zusätzliche Anmerkungen:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Datum**

**Unterschrift**

.....

.....

**Vielen Dank!**

**Für eventuelle Rückfragen der KrimZ:**

Dieser Erhebungsbogen wurde ausgefüllt von: .....

Zu erreichen unter: Tel.: .....

Email: .....

**Falls Sie zum Erhebungsbogen Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:**

Melanie Spöhr  
Kriminologische Zentralstelle e.V.  
Viktoriastraße 35  
65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611/15758-0 (Ext. -21)  
Fax: 0611/1575810  
Mail: [m.spoehr@krimz.de](mailto:m.spoehr@krimz.de)

### G.3.4 Erhebungsbogen zur ambulanten Nachsorge

## FRAGEBOGEN ZUR THERAPEUTISCHEN NACHSORGE VON SEXUALSTRAFTÄTERN NACH ENTLASSUNG AUS EINER SOZIALTHERAPEUTISCHEN EINRICHTUNG

Die folgenden Fragen beziehen sich, soweit nicht anders aufgeführt, auf Sexualstraftäter, die aus einer Sozialtherapeutischen Einrichtung entlassen wurden und in Ihrer Institution behandelt werden.

### I Allgemeine Informationen

#### 1.1 Ihre Institution

Name der Institution:

.....

Ort: .....

Unsere Institution arbeitet seit \_\_\_\_\_ therapeutisch mit Sexualstraftätern nach Entlassung aus einer Sozialtherapie.

#### 1.2 Wer ist der Träger Ihrer Institution?

.....

*Bitte fügen Sie dem Fragebogen Ihre Satzung oder ähnliche allgemeine Regeln über Ihre Arbeit bei.*

#### 1.3 Wie viele Klienten wurden am 20.04.2007 in Ihrer Institution behandelt?

Anzahl: .....

a) Wie viele davon waren Sexualstraftäter?

Anzahl: .....

b) Wie viele davon waren Sexualstraftäter, die aus einer Sozialtherapeutischen Einrichtung entlassen wurden?

Anzahl: .....

#### 1.4. Wie viele unbesetzte Behandlungsplätze gab es bei Ihnen am 20.04.2007?

Anzahl: .....

## II Aufnahme

### 2.1 Was war das Motiv Ihrer am 20.04.2007 in Behandlung befindlichen Klienten für eine Bewerbung?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

- |                          |   |              |
|--------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> | private Bewerbung des Klienten nach Vollverbüßung | Anzahl ..... |
| <input type="checkbox"/> | Bewerbung bei Strafrestaussatzung                 | Anzahl ..... |
| <input type="checkbox"/> | Bewerbung aufgrund einer Weisung                  | Anzahl ..... |
| <input type="checkbox"/> | sonstige:   |              |

.....

### 2.2 Auf wessen Initiative ist die Kontaktaufnahme mit Ihrer Institution hauptsächlich zurückzuführen?

*(Mehrfachnennungen möglich)*

- |                          |  |              |
|--------------------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Eigeninitiative des Klienten                                 | Anzahl ..... |
| <input type="checkbox"/> | Initiative von Personen aus dem sozialen Umfeld des Klienten | Anzahl ..... |
| <input type="checkbox"/> | Initiative der Sozialtherapeutischen Einrichtung             | Anzahl ..... |
| <input type="checkbox"/> | Initiative der Bewährungshilfe / Führungsaufsicht            | Anzahl ..... |
| <input type="checkbox"/> | sonstige:  |              |

.....

### 2.3 Welche Kriterien gelten für die Aufnahme in die ambulante therapeutische Nachsorge von Sexualstraftätern?

.....  
 .....  
 .....

### 2.4 Gibt es derzeit (20.04.2007) eine Warteliste für Sexualstraftäter?

- nein  ja

Wenn ja: Nach welchen Kriterien werden Sexualstraftäter von der Warteliste in Ihrer Institution aufgenommen?

.....  
 .....



.....  
.....

**2.5 Gibt es formale Ausschlusskriterien für die ambulante therapeutische Nachsorge von Sexualstraftätern?**

- nein  ja

Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....  
.....

**2.6 Wer entscheidet über die Aufnahme in die ambulante Nachsorge?**

- der zuständige Therapeut  das Team gemeinsam  
 der Leiter der Institution  sonstige Regelung: .....

**2.7 Auf welcher Datengrundlage erfolgt die Zusage für eine ambulante Nachsorge?**  
*(Mehrfachnennungen möglich)*

- persönliche Gespräche mit dem Bewerber  Gespräche mit der Sozialtherapeutischen Einrichtung  
 Gutachten  Stellungnahme der Sozialtherapeutischen Einrichtung  
 Urteil  sonstige Aktenauszüge: .....  
.....

**2.8 Falls psychologische Testverfahren eingesetzt werden: welche Testverfahren werden verwandt?**

.....  
.....  
.....  
.....



Anmerkungen:

.....  
 .....  
 .....

### 3.6 Welche Art von Gruppen haben Sie in Ihrer Institution?

laufende Gruppen  geschlossene Gruppen

### 3.7 Welche Gruppengröße ist vorgesehen?

Anzahl: max. .... Klienten

### 3.8 Wie lange dauert eine reguläre Therapiesitzung?

#### Einzeltherapie

45 Minuten  90 Minuten  
 60 Minuten  sonstige Zeitdauer: .....

#### Gruppentherapie

45 Minuten  90 Minuten  
 60 Minuten  sonstige Zeitdauer: .....

### 3.9 In welchem Rhythmus finden in der Regel die Sitzungen statt?

#### Einzeltherapie

wöchentlich  alle 4 Wochen  
 alle 2 Wochen  sonstige Regelung: .....

#### Gruppentherapie

wöchentlich  alle 4 Wochen  
 alle 2 Wochen  sonstige Regelung: .....

**3.10 Welches therapeutische Personal steht Ihrer Institution zur Nachsorge zur Verfügung?**

Bitte geben Sie unter *Profession* die ursprüngliche Berufszugehörigkeit an und unter *Qualifikation / Zusatzqualifikation* den therapeutischen Ausbildungsstand! Unter *Art der Anstellung* geben Sie bitte an, ob es sich um eine volle Stelle, um eine Teilzeitstelle oder eine Stelle auf Honorarbasis handelt.

Anzahl	Profession	Qualifikation/ Zusatzqualifikation	Art der Anstellung
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**3.11 Welche Arten der externen Supervision werden in Ihrer Institution regelmäßig durchgeführt?**

(Mehrfachnennungen möglich!)

- Supervision der Therapeuten in Teamsitzungen
- Supervision der Therapeuten in Einzelsitzungen
- Supervision des gesamten Behandlungsteams
- keine externe Supervision

**3.12 Auf welcher Grundlage erfolgt die Zuweisung des Klienten zum (Einzel-)Therapeuten?**

- zufällige Zuweisung oder Zuweisung nach Buchstaben
- Zuweisung nach Deliktgruppen
- personenbezogene Auswahl
- Es gibt nur einen Therapeuten.
- sonstige Regelung: .....
- .....

#### IV Inhaltliche Ausrichtung der Nachsorge

##### 4.1 Welche therapeutischen Behandlungsansätze werden in Ihrer ambulanten Einrichtung bei der Nachsorge von Sexualstraftätern eingesetzt?

(Mehrfachnennungen möglich!)

- kognitive Verhaltenstherapie  tiefenpsychologischer Ansatz  
 systematische Therapie  hormonelle Behandlung  
 sonstige Regelung: .....

##### 4.2 Aus welchen Quellen entnehmen Sie üblicherweise Informationen über den Klienten?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Gerichtsurteil  externes Prognosegutachten  
 BZR-Auszug  Stellungnahme der Sozialtherapeutischen Einrichtung  
 Aussetzungsbeschluss  Informationen der Bewährungshilfe / Führungsaufsicht  
 sonstige: .....

##### 4.3 Wird zu Therapiebeginn eine eigene klinische Diagnose erstellt?

- nein  ja

Wenn ja, nach welchem Klassifikationssystem erfolgt die Diagnose?

- ICD-10  DSM-IV  
 sonstige: .....

##### 4.4 Wird vor oder zu Therapiebeginn eine Risikoeinschätzung vorgenommen?

- nein  ja, bei Anlass im Einzelfall  ja, immer

##### 4.5 Setzen Sie Prognoseinstrumente ein?

- nein  ja  
 Welche? .....

**4.6 Erheben Sie die therapierelevanten Daten im Zuge der Behandlung im Sinne einer Verlaufsdiagnostik fortlaufend neu?**

nein  ja

**4.7 Wird mit dem Klienten ein Behandlungsvertrag geschlossen?**

nein  ja

a) Wenn ja: wie geht die Therapievereinbarung vonstatten?

Standardtherapievertrag

individuelle Therapievereinbarung

*!! Falls Sie einen Standardtherapievertrag ausgearbeitet haben, bitten wir, eine Kopie beizulegen !!*

b) Wenn ja: Enthält der Therapievertrag eine gesonderte Vereinbarung über die Schweigepflichtsentbindung?

nein  ja

Wenn ja: Wird im Vorgespräch mit dem Klienten über die Auskunftspflichten und -rechte des Therapeuten gesprochen?

nein  ja

**4.8 Werden Angehörige / Bezugspersonen in die therapeutische Nachsorge einbezogen?**

nein  ja

**4.9 Gibt es im Zuge der therapeutischen Nachsorge eine spezielle Krisenintervention, etwa in Form einer Notfallambulanz?**

nein

ja, nämlich:

.....  
.....  
.....

**4.10 Falls die Therapie vom Therapeuten beenden wird: welche Gründe spielen für die Beendigung der Therapie hauptsächlich eine Rolle?**

*(Mehrfachnennungen möglich)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> mangelnde Fähigkeit an einer Therapie mitzuwirken | <input type="checkbox"/> psychotische Erkrankung                |
| <input type="checkbox"/> fehlendes Problembewusstsein                      | <input type="checkbox"/> Unvereinbarkeit von Terminen           |
| <input type="checkbox"/> wiederholtes unakzeptables Versäumen von Terminen | <input type="checkbox"/> Missbrauch der Therapie als Alibi      |
| <input type="checkbox"/> wiederholte Unpünktlichkeit                       | <input type="checkbox"/> erneute sexuelle Übergriffe / Rückfall |
| <input type="checkbox"/> Verstoß gegen Bewährungsauflagen / -weisungen     | <input type="checkbox"/> sonstige: .....                        |
|  | .....   |
|  | .....   |

**4.11 Wie hoch ist die jährliche durchschnittliche Anzahl an Behandlungsabbruchern (von Klienten- oder Therapeutenseite) bei Sexualstraftätern, die aus einer Sozialtherapeutischen Einrichtung entlassen wurden?**

Anzahl: ..... von 10 Klienten

**4.12 Welche Zusatzangebote umfasst die ambulante Nachsorge von Sexualstraftätern?**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**V Interaktion mit anderen Institutionen**

**5.1 Gibt es einen Informationsfluss zwischen der Sozialtherapeutischen Einrichtung und Ihrer Institution?**

- nein
- ja, aber nur im Zuge der Aufnahme in die ambulante Nachsorge
- ja, regelmäßig – nämlich:

.....  
 .....  
 .....

**5.2 Arbeiten Sie auf den Einzelfall bezogen in der Nachsorge mit anderen Stellen der Reintegration von Straftätern zusammen?**

- nein, gar nicht  Bewährungshilfe / Führungsaufsicht
  - freie Träger der Straffälligenhilfe  Agenturen für Arbeit / Sozialamt
  - sonstige: .....
- .....

**5.3 Senden Sie regelmäßig im Rahmen einer Weisung einzelfallbezogene Berichte an die Justiz?**

- nein  ja

Wenn ja: wie häufig werden diese üblicherweise zugesandt?

.....

**5.4 Wenn Weisungen vorliegen, gibt es zwischen der Strafvollstreckungskammer und Ihrer Institution während der Therapie einen Informationsaustausch?**

- nein  ja

Wenn ja: in welchen Fällen?

.....  
.....  
.....  
.....

**Anmerkungen:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Datum**

**Unterschrift**

.....

.....

**Vielen Dank!**



---

**Für eventuelle Rückfragen der KrimZ:**

Dieser Erhebungsbogen wurde ausgefüllt von: .....

Zu erreichen unter Tel.: .....

E-Mail: .....

**Falls Sie zum Erhebungsbogen Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:**

Melanie Spöhr, Tel.: 0611 / 15758-0 (Durchwahl: -21), Fax: 0611 / 1575810

E-Mail: [m.spoehr@krimz.de](mailto:m.spoehr@krimz.de)