
BACHELORARBEIT

Herr
Clemens Müller

**Der Weg in die Freiheit –
sozialtherapeutische
Möglichkeiten und Grenzen
der Resozialisierbarkeit von
Straftätern**

Mittweida, 2018

Fakultät Angewandte Computer- und
Biowissenschaften

BACHELORARBEIT

Der Weg in die Freiheit – sozialtherapeutische Möglichkeiten und Grenzen der Resozialisierbarkeit von Straftätern

Autor:
Herr

Clemens Müller

Studiengang:
Allgemeine und Digitale Forensik

Seminargruppe:
FO15w3-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. jur. Frank Czerner

Zweitprüfer:
Prof. Dr. rer. nat. Dirk Labudde

Einreichung:
Mittweida, 06.09.2018

Verteidigung/Bewertung:
Mittweida, 2018

Bibliografische Beschreibung:

Müller, Clemens:

Der Weg in die Freiheit – sozialtherapeutische Möglichkeiten und Grenzen der Resozialisierbarkeit von Straftätern.

2018 – 80 Seiten, Mittweida, Hochschule Mittweida, Fakultät Angewandte Computer- und Biowissenschaften, Bachelorarbeit, 2018

Referat:

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden anfänglich Informationen über sozialtherapeutische Einrichtungen im Allgemeinen zusammengetragen, ehe der Fokus auf die Chancen, Möglichkeiten, Herausforderungen und Grenzen sozialtherapeutischer Behandlungen gelegt wird. Als Grundlage für sozialtherapeutische Therapien und Programme dienen mit dem RNR-Modell und dem GLM zwei Konzepte, die erläutert und miteinander verglichen werden. Ziel ist die Erhöhung der Behandlungseffektivität und die Resozialisierung von Straftätern. Deren alleinige Berücksichtigung reicht bei Gefangenen mit geringer Behandlungsmotivation, antisozialen Persönlichkeiten oder anderen Problemfällen unter Umständen jedoch nicht aus. Es werden Lösungsansätze erläutert und Grenzen der Behandelbarkeit aufgezeigt. Verschiedene Metaanalysen von Forschern zeigen zudem, inwieweit Sozialtherapien ein Instrument zur Rückfallverhinderung darstellen.

BACHELOR THESIS

**The way to freedom - social
therapeutic possibilities and
limits of the rehabilitation of
offenders**

author:

Mr.

Clemens Müller

course of studies:

General and Digital Forensic Sciences

seminar group:

FO15w3-B

first examiner:

Prof. Dr. jur. Frank Czerner

second examiner:

Prof. Dr. rer. nat. Dirk Labudde

submission:

Mittweida, 06/09/2018

defence/ evaluation:

Mittweida, 2018

Bibliographic Information:

Müller, Clemens:

The way to freedom – social therapeutic possibilities and limits of the rehabilitation of offenders.

2018 – 80 pages, Mittweida, University of Applied Sciences, Faculty Applied Computer Sciences & Biosciences, bachelor thesis, 2018

Abstract:

Initially, information on social therapeutic institutions in general will be compiled before the focus is placed on the opportunities, possibilities, challenges and limitations of social therapeutic treatments. As a basis for social therapy therapies and programs, the RNR model and the GLM are two concepts which are explained and compared with each other. The aim is to increase the effectiveness of treatment and to rehabilitate offenders. However, it may not be sufficient for offenders with low treatment motivation, antisocial personalities or other problem cases. Approaches to solutions and limits of treatability are explained. Various meta-analyses by researchers also show to what extent social therapies contribute to the prevention of relapse.

Inhalt

Inhalt	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Sozialtherapeutische Einrichtungen	3
2.1 <i>Historisch rechtliche Entwicklung</i>	3
2.2 <i>Behandlungsziele</i>	4
2.2.1 <i>Ziele auf der gesellschaftlichen Ebene</i>	4
2.2.2 <i>Ziele auf der sozialen Ebene</i>	5
2.2.3 <i>Ziele auf der individuellen Ebene</i>	5
2.3 <i>Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtungen</i>	6
2.4 <i>Mindestanforderungen an sozialtherapeutische Einrichtungen</i>	7
2.5 <i>Behandlungsgrundsätze</i>	9
2.6 <i>Behandlungsphasen</i>	10
3 Modelle der Straftäterbehandlung	13
3.1 <i>Das RNR-Modell</i>	13
3.2 <i>Das GLM</i>	17
3.3 <i>Vergleich der beiden Modelle</i>	22
4 Sozialtherapeutische Herausforderungen	25
4.1 <i>Gefangene mit geringer Veränderungs- und Behandlungsmotivation</i>	25
4.1.1 <i>Das Problem des Motivationsmangels</i>	25
4.1.2 <i>Interventionen zur Förderung der Veränderungs- und Behandlungsmotivation</i>	29
4.1.3 <i>Grenzen der Behandelbarkeit</i>	33
4.1.4 <i>Zusammenfassung</i>	33
4.2 <i>Antisoziale Persönlichkeiten</i>	34
4.3 <i>Umgang mit älteren Gefangenen</i>	36

5	sozialtherapeutische Behandlungsprogramme.....	39
5.1	<i>R&R-Training</i>	39
5.2	<i>TEK.....</i>	40
5.3	<i>BPS</i>	41
5.4	<i>BPG.....</i>	43
5.5	<i>Freizeittherapie</i>	45
6	Metaanalytische Ergebnisse der sozialtherapeutischen Behandlungseffektivität	47
7	Zusammenfassung und Fazit	51
7.1	<i>Zusammenfassung</i>	51
7.2	<i>Fazit.....</i>	52
Anlagen	55
Literatur	VI
Selbstständigkeitserklärung	XII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl sozialtherapeutischer Einrichtungen, 1969-2017 [4].....	4
Abbildung 2: Relation zwischen verfügbaren Personalstellen und Haftplätzen, 1997-2017 [4].....	9
Abbildung 3: Verlauf der Sozialtherapie [11].....	11
Abbildung 4: Direkter und indirekter Pfad zur Tatbegehung im Vergleich [16].....	18
Abbildung 5: J. Endres: Sexualtäter-Erhebung, Bayern 2004 bis 2011: Von den Anstalten mitgeteilte Gründe für fehlende Behandlungsteilnahme [13].....	26
Abbildung 6: Modell der Behandlungsmotivation von Drieschner et al. (2004) [1].....	26
Abbildung 7: Neutralisierungstechniken [26].....	28
Abbildung 8: Entscheidungswürfel [1].....	32
Abbildung 9: Gefangene gesamt: Altersstruktur, 1997-2017 [4].....	37
Abbildung 10: Basiskompetenzen des TEK [39].....	40
Abbildung 11: Bedeutung der Theorie für die Anwendung des BPS [40].....	43
Abbildung 12: Einhaltung der RNR-Grundsätze und deren Auswirkungen auf den Rückfall [44].....	49
Abbildung 13: Andrews, Dowden & Gendreau (1999): Effektgröße (r) Einhalten des Prinzips [16].....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Defizite von Basiskompetenzen und deren Behandlungsmöglichkeiten	41
Tabelle 2: Module des BPG	43
Tabelle 3: Freizeitaktivitäten und ihre positiven (sozialtherapeutischen) Auswirkungen	45

Abkürzungsverzeichnis

AVD	Allgemeiner Vollzugsdienst
BPG	Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter
BPS	Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter
BW	Wirksamkeit der Behandlung
Et al.	Lat. „et alii“ (maskulin) oder „et aliae“ (feminin), bedeutet übersetzt „und andere“
FD	Fachdienst
GdV	Gewinne aus dysfunktionalen Verhalten
GV	Gewinne einer Veränderung
GLM	Good Lives Modell
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KGZ	Kosten des gegenwärtigen Zustandes
KV	Kosten der Veränderung
MAO	Monoaminoxidase
MBE	Motivation, sich in der Behandlung zu engagieren
RNR	Risk-Needs-Responsivity
R&R	Reasoning & Rehabilitation
SächsStVollzG	Sächsisches Strafvollzugsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
STICS	Strategic Training Initiative in Community Supervision
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
TEB	Tatsächliches Engagement in der Therapie
TEK	Training emotionaler Kompetenzen
VOTP	Violent Offender Treatment Program

1 Einleitung

„Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen. Der Vollzug der Freiheitsstrafe dient auch dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten.“ Dieser Wortlaut findet sich in Paragraph 2 des Strafvollzugsgesetzes wieder und formuliert Ziel und Aufgabe des Strafvollzuges. Gefangene sollen während des Freiheitsentzuges resozialisiert werden. Doch wie soll dies bei Menschen umgesetzt werden, die schwerste Gewalt- oder Sexualdelikte begangen haben, bei denen das Rückfallrisiko sehr hoch ist und schon mehrfach vorbestraft sind oder soziale und persönliche Störungen aufweisen? Es bedarf Maßnahmen zum Schutz der Gesellschaft, die eine erneute Straffälligkeit nach der Entlassung aus der Haft möglichst verhindern und somit potenzielle Opfer schützen. Seit 1969 existieren Einrichtungen, in denen genau solche Fälle behandelt werden können, sogenannte „sozialtherapeutische Einrichtungen“. Genau dort sollen entwicklungsfähige Straftäter von Psychologen und Sozialarbeitern auf den Weg in die Freiheit vorbereitet werden. Dabei sollen die Gefangenen ihre sozialen Kompetenzen erweitern, sich mit Ihren Straftaten auseinandersetzen und veränderte Verhaltensweisen etablieren, um letztlich eine erneute Rückfälligkeit zu verhindern.

Doch sind diese Ziele immer umsetzbar?

Heutzutage wird häufig kritisch angemerkt, dass eine Gefängnisstrafe für die Straftäter kontraproduktiv sei, da der Strafvollzug ein Gegner der Resozialisierung wäre. Kritiker erwähnen die hohe Rückfallquote, die durch Faktoren wie Entbehrungen, Gleichgültigkeit, Verrohung und unnatürliche Lebensbedingungen in den Gefängnissen zustande kommen. Dabei würden auch sozialtherapeutische Einrichtungen ihre Wirkung nicht entfalten können, da die Gefangenen nach dem „Gießkannenprinzip“ behandelt werden würden, die die Persönlichkeit und andere individuelle Aspekte komplett außer Acht lassen. Heutzutage existieren aber zwei grundlegende Modelle, die diese Individualität berücksichtigen und dabei differenzierte Methoden verfolgen. Diese werden in dieser Arbeit vorgestellt und deren Bedeutung für die Behandlung von Straftätern erläutert. Dabei stellt sich dann jedoch die Frage, inwieweit diese bei den unterschiedlichsten Menschentypen und Herausforderungen zum Erfolg führen können. Zu den Herausforderungen zählen unter anderem eine geringe Behandlungsmotivation und der Umgang mit antisozialen Persönlichkeiten. Die Handhabung mit solchen Fällen gestaltet sich oft schwierig und der Erfolg der Therapien kann dadurch erheblich eingeschränkt werden. Daher wird in dieser Arbeit auch auf mögliche Lösungsansätze eingegangen, die klare Strukturen und günstige Rahmenbedingungen verlangen, um diese Hindernisse zu überwinden. Es stellt sich dabei auch die Frage, ob es Grenzen der Behandelbarkeit gibt und Therapieerfolge ausbleiben,

unabhängig davon, welche Methoden angewandt werden und welche äußeren wie inneren Einflüsse greifen.

Gegenwärtig gibt es in Deutschland 71 sozialtherapeutische Einrichtungen, so viele wie noch nie zuvor. Dass dem so ist, liegt vor allem an den historischen und gesetzlichen Entwicklungen, die zu Beginn der Arbeit thematisiert werden. Darüber hinaus werden auch Behandlungsziele, allgemeine Verlegungskriterien, Mindestanforderungen an eine sozialtherapeutische Anstalt, Behandlungsgrundlagen und Behandlungsphasen erläutert. Inwieweit sich die Rückfallquote und Veränderungen zwischen behandelten und unbehandelten Gefangenen unterscheiden, zeigen die Ergebnisse empirischer Untersuchungen. Des Weiteren werden ausgewählte Behandlungsprogramme und -methoden erläutert, die explizit auf bestimmte Täterschaften wie Gewalt- und Sexualverbrecher ausgelegt sind. Nicht ausgeführt werden in dieser Arbeit Details zu den Abteilungen des Jugendstrafvollzuges sowie zu sozialtherapeutischen Einrichtungen für weibliche Gefangene.

2 Sozialtherapeutische Einrichtungen

Eine sozialtherapeutische Einrichtung ist eine Sonderform des Strafvollzuges, die sich besonderen psychotherapeutischen, sozialpädagogischen und arbeitstherapeutischen Methoden und sozialen Hilfen für die Behandlung rückfallgefährdeter Gewalt- und Sexualstraftäter bedient [2, Seite 8]. Ziel einer solchen Therapie ist es, laut der Legaldefinition des Landesjustizvollzugsgesetzes im Allgemeinen, die erhebliche Gefährlichkeit von Strafgefangenen zu verringern [2, Seite 8]. Daraus ist zu schließen, dass die Rückfallgefährdung gesenkt werden soll und Gefangene nach der Entlassung bestenfalls ein Leben ohne Straftaten führen können und wollen. Dabei soll den schädlichen Folgen des Strafvollzuges entgegengewirkt werden und die Gefangenen auf ihre Entlassung vorbereitet werden (§ 3 SächsStVollzG Abs. 5, 6).

2.1 Historisch rechtliche Entwicklung

Ab dem Jahre 1969 begann man im Zuge der Strafrechtsreform in den meisten Bundesländern mit der Einrichtung sozialtherapeutischer Anstalten [3]. Die ersten zwei Einrichtungen wurden in Hamburg-Bergedorf aufgebaut. Anlass zu dieser Maßnahme war die Erkenntnis, dass es Gruppen von Straftätern gibt, die ohne therapeutische Behandlung nicht mehr aus eigener Kraft aus der Straffälligkeit herauskommen [3]. Zur Begründung nannte man eine gestörte Persönlichkeit oder Verhaltensweisen, mit denen man das Leben nicht sozialverträglich bewältigen könne [3]. 1975 trat dann das 2. Strafrechtsreformgesetz in Kraft. Die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt soll als eine „Maßregel zur Sicherung und Besserung“ verstanden werden (§ 61 Nr. 3 StGB). Diese Regelung brachte einen Auf- und Ausbau der erforderlichen Strukturen mit sich [4, Seite 7].

Seit 1977 wurde für die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt als vollzuginterne Verlegung auch eine Rechtsgrundlage im Strafvollzugsgesetz geschaffen (§ 9 StVollzG). Diese „Vollzugslösung“ war jedoch zunächst nur eine Kann-Vorschrift, die eine Verlegung lediglich ermöglichte, aber nicht vorschrieb [3]. Eine Behandlung kann stattfinden, „wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der Anstalt zu Ihrer Resozialisierung angezeigt sind“ (§ 9 Abs. 2 Satz 1 StVollzG). Infolgedessen erfolgte ab 1977 ein leichter Ausbau sozialtherapeutischer Einrichtungen (Abbildung 1). Ab 1998 gab es dann einen starken Zuwachs bezüglich der Anzahl der Anstalten. Ausschlaggebend dafür war das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten aus dem Januar desselben Jahres. Die bisherige Regelung wurde dafür um einen Absatz (§ 9 Abs. 1 StVollzG) ergänzt. Dieser besagt, dass bei Anzeige der Behandlung für wegen bestimmter Sexualdelikte Verurteilte mit über zwei Jahren Freiheitsstrafe die Unterbringung in eine solche Anstalt vollzogen werden soll [2, Seite 14]. Die Zustimmung der Leiter der sozialtherapeutischen Einrichtungen ist nicht mehr nötig und

kann auch ohne diese zur Verlegung führen. Aus der „Soll“- Bestimmung wurde 2003 eine „Ist“- Bestimmung. 2005 ließ der Ausbau und Aufbau neuer Einrichtungen zwischenzeitlich nach, ehe 2006 die Gesetzgebungskompetenz für den Strafvollzug im Rahmen der Föderalismusreform vom Bund auf die Länder übertragen wurde [4, Seite 8]. Auch diese Neuerung förderte noch einmal erheblich den weiteren Aufbau neuer Einrichtungen.

Zum Stand des 31.03.2017 gab es bundesweit insgesamt 71 sozialtherapeutische Einrichtungen [4, Seite 7] Heute gibt es etwa dreieinhalb Mal so viele Anstalten wie 1997. Die Zahl der Haftplätze ist in diesem Zeitraum um das 2,7-fache angestiegen, von 888 Haftplätzen im Jahr 1997 auf 2453 Plätze im Jahre 2017 [4, Seite 9]. Die Auslastung betrug 2017 circa 96,7 Prozent [4, Seite 9].

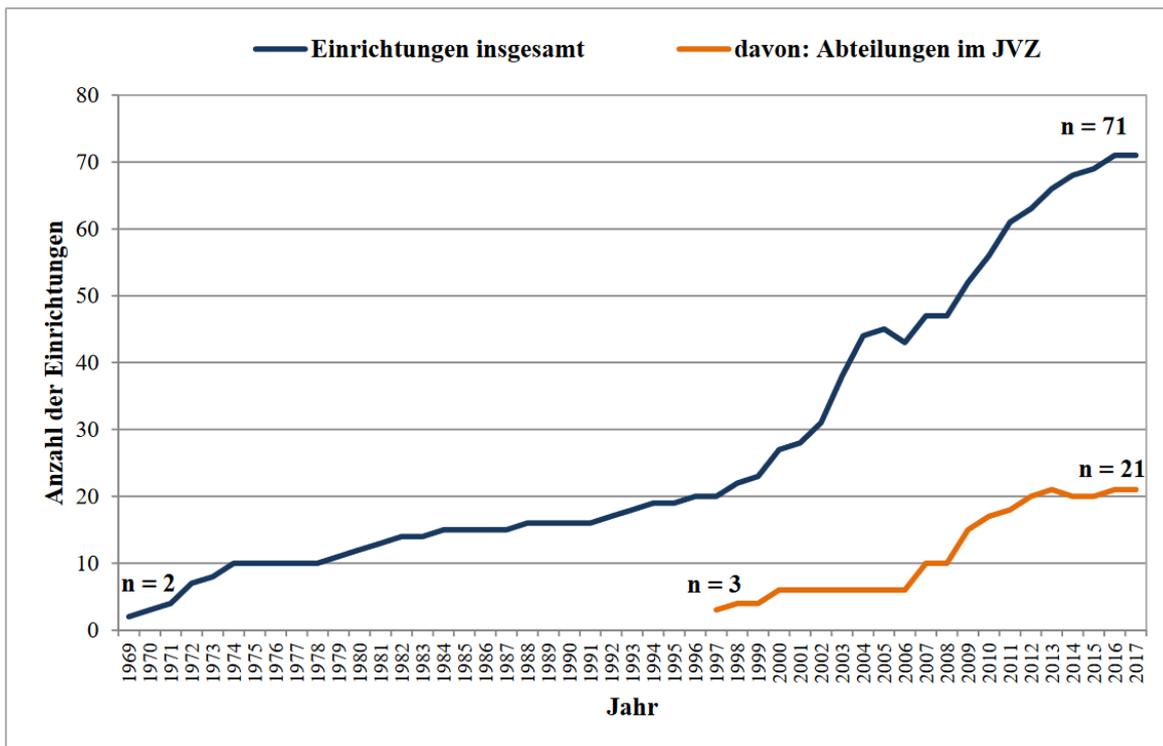


Abbildung 1: Anzahl sozialtherapeutischer Einrichtungen, 1969-2017 [4, Seite 8]

2.2 Behandlungsziele

2.2.1 Ziele auf der gesellschaftlichen Ebene

Oberste Prämisse der Sozialtherapien sollte es sein, die Rückfälligkeit eines Gefangenen zu vermeiden, also die Gegebenheit der Legalbewährung zu wahren. Ein Erfolg wäre ebenfalls, wenn die Dauer der straffreien Intervalle signifikant erhöht werden kann oder die Schwere der Straftaten deutlich abnimmt. Man spricht dann von einer Rückfallverminderung [2, Seite 9]. Dabei geht es in erster Linie um den Schutz der Gesellschaft und potenzieller Opfer [2, Seite 9].

Des Weiteren zielt diese Ebene auch auf wirtschaftliche und soziale Facetten des gesellschaftlichen Lebens ab. Dabei geht es vor allem um die Verhinderung wirtschaftlichen Schadens, der aus Kriminalität entsteht und in der Folge mit Kosten einhergeht [2, Seite 9]. Im weiteren Verlauf sollten aus der Haft entlassene Menschen in der Lage sein, Arbeit zu finden und zu erhalten sowie sich selbstständig versorgen zu können, und das ohne kriminelle Handlungen [5]. Ein weiteres Ziel ist es, dass ehemalige Gefangene Verantwortung für sich selbst und gegenüber der Gesellschaft übernehmen. Dazu gehören unter anderem der Verzicht von Drogen und anderen suchtgefährdeten Mitteln oder dem Nachkommen finanzieller Verpflichtungen für die Bezahlung von Wohnungsmieten oder anderen lebensnotwendigen Ausgaben [2, Seite 10]. Zu letzterem bedarf es darüber hinaus die Fähigkeit zu einem angemessenen und planerischen Umgang mit Geld [5].

2.2.2 Ziele auf der sozialen Ebene

Auf dieser Ebene spielen soziale Verhaltensweisen bei zwischenmenschlichen Kontakten eine herausragende Rolle. Aus der Haft entlassene Menschen sollen soziale Interaktionen im engeren und weiteren Umfeld führen und positiv gestalten können. Sie sollen durch Gespräche auch Verständnis für andere entwickeln und veränderte, soziale Verhaltensweisen und Kompetenzen etablieren [5]. Dafür werden den Insassen in den sozialtherapeutischen Anstalten entsprechende Behandlungen angeboten, um diese Ziele zu erreichen. In einigen Einrichtungen beispielsweise wird ein Vollzug in Wohngruppenform geschaffen, in dem prosoziale Verhaltensweisen unter therapeutisch begleiteten Bedingungen eingeübt und erweitert werden können [2, Seite 10].

2.2.3 Ziele auf der individuellen Ebene

Diese Ebene zielt auf das Individuum ab, ganz speziell auf seine Fähigkeit zur Selbstreflexion und auf seine eigene Überwachung, auch Self-Monitoring genannt [2, Seite 10]. Die Gefangenen sollen erlernen, sich selbst zu hinterfragen und sich selbstkritisch zu beobachten. Sie sollen sich motivieren können, ihr eigenes Denken, Fühlen und Handeln besser zu verstehen und besser kennen zu lernen [2, Seite 10]. Dafür steht die Auseinandersetzung und Aufarbeitung mit ihren eigenen Problemen und mit den begangenen Straftaten im Vordergrund. Dies ist dann die Voraussetzung, um die erlernten Methoden der Selbstkontrolle und Verhaltenssteuerung anzuwenden. Nur so können die Betroffenen Stress- und Konfliktsituationen, in denen Bedürfnisse aufgeschoben werden müssen, besser steuern [2, Seite 10]. Dies ist elementar notwendig, damit diese Menschen ein besseres Selbstbild entwickeln, aggressive und konfliktfördernde Verhaltensweisen ablegen und Konfliktlösestrategien erarbeiten können [2, Seite 10]. Im besten Fall äußert sich das in einem lebenslangen straffreien Folgeleben in Kombination mit dauerhafter sozialer Interaktion und Zufriedenheit.

2.3 Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung

Für die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung gibt es bestimmte Anforderungen und Kriterien. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten aus dem Jahre 1998 ist die Erfordernis und Eignung für die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung bei verschiedenen Tätergruppen zu prüfen [1, Seite 83]. Eine besonders gründliche Prüfung erfolgt bei Straftaten des sexuellen Missbrauchs von Schutzbefohlenen (§ 174 StGB), des sexuellen Missbrauchs von Kindern (§ 176 StGB), der Vergewaltigung (§ 177 StGB), der sexueller Nötigung (§ 178 StGB), des sexuellen Missbrauchs Widerstandsunfähiger (§ 179 StGB), der Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger (§ 180 StGB) oder der Verführung (§ 182 StGB) [1, Seite 83].

Es existieren dabei jedoch erhebliche Abweichungen zwischen den einzelnen Bundesländern. Sachsen erweitert das Spektrum zur Pflicht der Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung auf Straftaten gegen Leib und Leben und gegen die persönliche Freiheit, sofern durch die Teilnahme an den Behandlungsprogrammen von einer Verringerung der Gefährlichkeit der Gefangenen auszugehen ist (§ 17 Abs. 2 SächsVollzG). Die Verlegung ist dann vorzunehmen, wenn dies angezeigt ist und die Freiheitsstrafe länger als zwei Jahre umfasst (§ 9 Abs. 1 StVollzG). Ob diese angezeigt ist, wird durch mehrere Kriterien überprüft. Eine Voraussetzung ist gegeben, wenn das Rückfallrisiko für schwere Straftaten bei Inhaftierten aufgrund einer Störung der sozialen und persönlichen Entwicklung sehr hoch ist [6]. Ein weiterer Kritikpunkt für eine Verlegung ist die Bereitschaft der Gefangenen, sich um eine Änderung ihrer Einstellungen und Verhaltensweisen bemühen zu wollen [6]. Drittens sollten die Gefangenen über ausreichende kognitive und sprachliche Möglichkeiten verfügen, die eine Beteiligung am Behandlungsvorgehen sinnvoll erscheinen lässt [6].

Auf der anderen Seite ist eine Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung bei bestimmten Gegebenheiten nicht angezeigt. Dies ist der Fall, wenn es andere Behandlungsmaßnahmen gibt, die eine hinreichende Wirksamkeit erwarten lassen [6]. Des Weiteren wird auch keine Verlegung erfolgen, wenn die Gefangenen unter erheblichen psychischen oder physischen Störungen leiden, ein massives Drogen- oder Alkoholproblem aufweisen oder eine Erkrankung oder Schwäche des Zentralnervensystems vorliegt [6]. Hier sind andere Hilfen zur Behandlung und Resozialisierung angezeigt. Andere Gründe, die eine Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung verhindern, zielen auf das Verhalten der Gefangenen ab. Zeigen sich diese unbeeinflussbar behandlungsablehnend, so ist von einer Verlegung abzuraten. Des Weiteren werden Gefangene nicht sozialtherapeutisch behandelt, wenn ihr aktives, subkulturelles Verhalten die Behandlung anderer Gefangenen gefährdet [6]. Letztendlich werden auch solche Gefangene nicht aufgenommen, die sich weigern, den Gebrauch von Suchtmitteln aufgeben zu wollen [6].

Erweiternd dazu können Gegenanzeigen gestellt werden, bei denen begründet wird, warum eine Verlegung oder ein Verbleib in einer sozialtherapeutischen Einrichtung

auszuschließen ist [1, Seite 86]. Zum einen kann solch eine Anzeige gestellt werden, wenn die Sicherheitsvorkehrungen der sozialtherapeutischen Einrichtung nicht ausreichen. Zum anderen kann es begründet sein, wenn sich herausstellt, dass sich der Zweck und das Ziel einer integrativen Sozialtherapie aufgrund psychischer oder physischer Störungen oder anderen Verhaltensaspekten des Gefangenen nicht umsetzen lassen [1, Seite 86].

Gefangene können allerdings auch ungeachtet der Voraussetzungen aus § 9 Abs. 1 StVollzG mit eigener Zustimmung beziehungsweise auf Empfehlung des Leiters der sozialtherapeutischen Anstalt in eine solche Einrichtung aufgenommen werden (§ 9 Abs. 2 StVollzG). Für diese Fälle existiert zwar kein Rechtsanspruch, wohl aber der Anspruch auf fehlerfreien Ermessensgebrauch [1, Seite 83].

2.4 Mindestanforderungen an sozialtherapeutische Einrichtungen

Ziel sozialtherapeutischer Anstalten soll es vor allem sein, dass Gefangene nach ihrer Entlassung im Idealfall nie mehr Straftaten begehen. Speziell solche Menschen sollen behandelt werden, die Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen mit sich tragen und nicht in der Lage sind, ihr Leben eigenständig und rechtmäßig zu führen. Dies setzt bestimmte Anforderungen an die Gestaltung, der Struktur, der Organisation und dem Personal einer sozialtherapeutischen Einrichtung voraus. Aus diesem Grunde müssen diese Einrichtungen unter anderem über vielfältige Angebote und Behandlungsprogramme verfügen, um den Gefangenen beispielsweise das Erlernen und Erproben neuer Verhaltensformen mittels methodischen Möglichkeiten zu gewährleisten oder um soziale Fähigkeiten erweitern zu können [1, Seite 21]. Vor allem muss ein auf den Gefangenen zugeschnittenes Konzept über Art und Einsatz der therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen erarbeitet werden. Um ein gutes Therapeklima zu erzeugen, ist es diesbezüglich wichtig, dass sozialtherapeutische Einrichtungen nicht zu groß sind und entsprechend gegliedert sind. Pro Wohngruppe steht mindestens ein Wohnraum, ein Gruppenraum, Räume für Selbstversorgung (Kochen, Wäsche, usw.) sowie drei Einzeldienststräume (Allgemeiner Vollzugsdienst, besondere Fachkräfte) zur Verfügung [1, Seite 23]. Darüber hinaus existieren wohngruppenübergreifend Behandlungsräume, Unterrichtsräume, Freizeiträume, Konferenzräume und Einzeldienststräume [1, Seite 23]. Für die Gefangenen sind grundsätzlich Einzelhafräume vorhanden. Die Zahl der Haftplätze sollte zwischen 20 und 60 Plätzen liegen und in Wohngruppen für 8 bis 12 Gefangene untergliedert werden [1, Seite 23]. Außerdem sollten diese klar von anderen Vollzugseinrichtungen getrennt werden, damit die Insassen nicht durch äußere Einflüsse abgelenkt werden, welche sich auf den Erfolg der Therapie auswirken könnte [1, Seite 22]. Auch für Arbeit, Sport und Freizeitaktivitäten sind eigenständige, voneinander getrennte Bereiche vorgesehen. Gefangene bleiben deshalb auch in ein und derselben sozialtherapeutischen Einrichtung, solange keine Notwendigkeit für einen Wechsel besteht [1, Seite 22]. Es ist zudem elementar, dass die Insassen schrittweise auf das Leben in Freiheit vorbereitet werden.

Solche Einrichtungen sollen also auch eine Annäherung an die Lebensbedingungen außerhalb des Vollzugs herstellen und einen solchen Übergang gewährleisten.

Sozialtherapeutische Einrichtungen müssen über geschulte Fachkräfte aus verschiedenen Fachrichtungen verfügen, die entsprechende Befähigungen und Erfahrungen vorzuweisen haben. Diese sollten sich aus den Gebieten der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, der Psychologie, der Psychotherapie, der Psychiatrie oder der Arbeitsabteilung zusammensetzen [1, Seite 24]. Im weiteren Verlauf ist es zudem wichtig, dass spezielle Weiterbildungsmaßnahmen und Teambesprechungen gewährleistet werden.

Aus der Dauer der Freiheitsstrafe ergibt sich zudem der späteste Zeitpunkt für die Entlassung aus der sozialtherapeutischen Einrichtung. Bei Gefangenen mit lebenslanger Freiheitsstrafe oder bei denen Sicherheitsverwahrung angeordnet ist, ergibt sich der Beginn einer Therapie zu einem Zeitpunkt, bei dem der Abschluss der Behandlung dem Entlassungstermin entspricht [1, Seite 22]. Ansonsten ist es so geplant, dass ausreichend Zeit für die Behandlung zur Verfügung gestellt wird und, damit, wenn möglich, die Entlassung unmittelbar aus der sozialtherapeutischen Einrichtung erfolgen kann [1, Seite 22].

Weiterhin müssen Aufzeichnungen über jeden Gefangenen zur fachlichen Selbstüberprüfung, zur Evaluation des individuellen sozialtherapeutischen Vorgehens und zur kontinuierlichen Vermittlung erfolgen und ausgewertet werden [1, Seite 24]. Diese Daten sind besonders vertraulich und müssen demzufolge auch so behandelt werden. Sie werden getrennt von anderen Akten aufbewahrt und für die Datenverarbeitung anonymisiert [1, Seite 25].

Insgesamt werden die Standards für Struktur und Organisation, Dokumentation und Evaluation nur in jeder zweiten sozialtherapeutischen Einrichtung erfüllt [3].

Letztendlich gibt es personelle Anforderungen. Es ist erforderlich, dass auf drei Gefangene mindestens eine AVD-Stelle (allgemeiner Vollzugsdienst) und für zehn Gefangene zwei FD-Stellen (Fachdienst) vergeben werden, wenn in sozialtherapeutischen Einrichtungen allgemeine Sicherheits- und Verwaltungsaufgaben erfüllt werden [4, Seite 42]. Für Dokumentations- und Berichtsaufgaben gibt es außerdem einen eigenen Schreib- und Bürodienst [1, Seite 24].

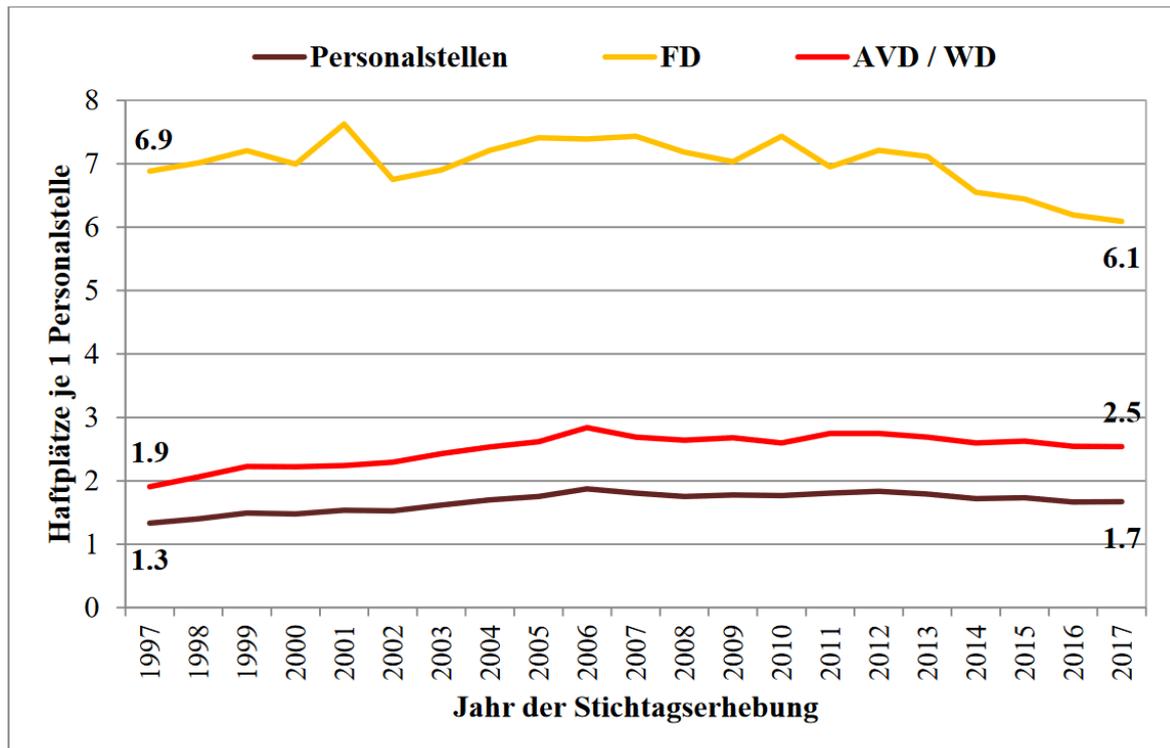


Abbildung 2: Relation zwischen verfügbaren Personalstellen und Haftplätzen, 1997-2017
[4, Seite 42]

Wie in Abbildung 2 zu erkennen ist, nimmt die Zahl der Haftplätze pro Personalstelle in den Jahren zwischen 1997 und 2017 im Mittel leicht zu. Waren es 1997 noch 1,3 Haftplätze, die auf eine Personalstelle fallen, sind es 2017 1,7 Haftplätze gewesen. Bezieht man sich auf die Anforderungen bezüglich des Personals so lässt sich außerdem festhalten, dass diese insgesamt nicht erfüllt werden. Der Trend bezüglich der Anzahl der Fachkräfte zeigt unterschiedliche Tendenzen. Die Anforderung, auf eine AVD-Stelle drei Gefangene zu verteilen, wurde 2017 von lediglich 63 Prozent der Einrichtungen erfüllt. Dies ist ein Anstieg um 0,6 Haftplätze pro Gefangener zwischen den Jahren 1997 und 2017. Seit 2006 in etwa sind die Zahlen relativ konstant. Bei den FD-Stellen kommen auf einen Personalplatz 2017 im Schnitt 6,1 Gefangene. Hier zeigt sich eine klare Tendenz. In den letzten Jahren nimmt die Anzahl der Haftplätze pro FD-Stelle kontinuierlich ab, von 7,4 Haftplätzen im Jahre 2012 auf 6,1 Haftplätzen im Jahr 2017. 1997 waren es 6,9 Haftplätze. Dies ist also eine positive Entwicklung, wenngleich die Anforderung mit zwei FD-Stellen auf 10 Gefangene damit im Durchschnitt immer noch nicht erfüllt wurden ist.

2.5 Behandlungsgrundsätze

Laut § 9 StVollzG Abs. 2 werden besondere, therapeutische Mittel und soziale Hilfen angewandt, um eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten. Dabei orientiert man sich an der integrativen Sozialtherapie. Sie ist durch drei wesentliche Aspekte gekennzeichnet und berücksichtigt internationale Erfahrungen und Forschungen im Bereich der Straftäterbehandlung [7]. Die integrative Sozialtherapie weist folgende Eigenschaften auf:

- Berücksichtigung und Einbeziehung des gesamten Lebensumfeldes in und außerhalb der sozialtherapeutischen Einrichtung bis zur Entlassung
- Gestaltung der Handlungsmöglichkeiten und Beziehungsformen innerhalb der sozialtherapeutischen Einrichtungen im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft
- Modifizierung und Verknüpfung psychotherapeutischer, pädagogischer und arbeitstherapeutischer Vorgehensweisen [8]

Um die Wirksamkeit der Behandlung zu erforschen, werden sogenannte Metaanalysen erstellt, welche die Ergebnisse verschiedener Studien statistisch zusammenfassen und bewerten [50]. Diese Meta-Evaluationen ergaben, dass der Behandlungserfolg sehr stark von der Angemessenheit der Therapie abhängt. Eine individuelle, auf den Gefangenen zugeschnittene Behandlung hat eine bis zu 30-prozentige geringere Rückfallquote zur Folge [2, Seite 11]. Unspezifische Behandlungen konnten die Rückfälligkeit nur um bis zu 10 Prozent verringern oder sogar erhöhen (Andrews & Bonta, 2010) [2, Seite 11].

Um diese Individualität zu berücksichtigen, ist es wichtig, sich an grundlegende Konzepte zu orientieren. Elementar dafür sind zwei Modelle, das Risk-Need-Responsivity-Modell (RNR-Modell) sowie das Good Lives Modell (GLM), die in Kapitel 3 näher beschrieben werden.

2.6 Behandlungsphasen

Der Ablauf der sozialtherapeutischen Behandlung kann grundlegend in die vier Phasen Aufnahmephase, Behandlungsphase, Entlassungsphase und Nachsorge untergliedert werden (Abbildung 3). Abhängig vom Individuum können diese Phasen unterschiedlich lang andauern. Die Aufnahmephase wird oft auch als „Kennenlernphase“ bezeichnet. Dabei geht es vor allem um die Deliktsbearbeitung und die Klärung der Lebenssituation [10, Seite 52]. Im Vordergrund steht die Verarbeitung lebensgeschichtlicher Ereignisse. Weitere Aspekte sind die Förderung der Behandlungsmotivation, die Risiko- und Gefährlichkeitsabschätzung und das Kennenlernen von Verhaltensweisen des Betroffenen [9].

In der Behandlungsphase werden die Maßnahmen und Therapien umgesetzt, mit dem Ziel, die erhebliche Gefährlichkeit und die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Straffälligkeit des Gefangenen verringern [10, Seite 53]. Es wird in regelmäßigen Zeitabständen geprüft, ob eine Eignung zur Vollzugslockerung vorliegt, die schrittweise gewährt werden kann [10, Seite 53].

In der Entlassungsphase wird der Fokus auf die Rückfallprävention gelegt [9]. Es erfolgt eine konkrete berufliche und soziale Integration in die Gesellschaft und man konzentriert sich verstärkt auf die Risiken nach der Entlassung [10, Seite 53]. Eine Möglichkeit der Integration ist es beispielsweise, in einem freien Beschäftigungsverhältnis zu arbeiten.

Abschließend erfolgt die Nachsorge. Diese letzte Phase beinhaltet Kriseninterventionsangebote, die im Falle einer freiwilligen Aufnahme zur Geltung kommen können [10, Seite 53]. Außerdem kommt es zur Kontaktaufnahme zu ambulanten Einrichtungen wie Bewährungshilfe oder Führungsaufsicht [11].



Abbildung 3: Verlauf der Sozialtherapie [11]

3 Modelle der Straftäterbehandlung

3.1 Das RNR-Modell

Das zentrale Ziel der sozialtherapeutischen Behandlung ist, dass Gefangene nach ihrer Entlassung keine neuen Straftaten mehr begehen. Wie also kann die Rückfallquote gesenkt werden? Das sogenannte Risk-Need-Responsivity-Modell (RNR-Modell) von Andrews und Bonta (1990, 2010) soll dazu beitragen, die Wirksamkeit und Effektivität solcher Behandlungen signifikant zu erhöhen. Dieses defizitorientierte Modell erklärt Straffälligkeit aus unterschiedlichen Bereichen, allgemein betrachtet aus der individuellen Lebensgeschichte, aus biologischen Dispositionen und psychologischen Merkmalen [12, Seite 158]. Es beinhaltet darüber hinaus drei wesentliche Grundprinzipien:

- Risikoprinzip (Risk Principle) → Wer ist zu behandeln?
- Bedürfnisprinzip (Need Principle) → Was ist zu behandeln?
- Ansprechbarkeitsprinzip (Responsivity Principle) → Wie ist zu behandeln? [13, Seite 10]

Diese drei Prinzipien werden nun im Einzelnen näher betrachtet.

Risikoprinzip

Das grundlegende Element bei diesem Prinzip ist die Gefährlichkeit. Die Gefährlichkeit ist ein mehrdimensionales Konstrukt und schließt Faktoren wie die Wahrscheinlichkeit (Wiederholungsgefahr), die Schwere (das Gewicht des bedrohten Rechtsguts) und die Geschwindigkeit eines Rückfalls mit ein [2, Seite 12]. Die Intensität der Behandlung soll an der Gefährlichkeit ausgerichtet werden [14, Seite 4]. Je höher das Risiko, desto intensiver soll die Intervention sein und andersherum. Für Täter, die ein geringes Rückfallrisiko haben und dennoch intensiv behandelt werden, besteht die Gefahr, dass das Rückfallrisiko sogar steigt (Andrews und Bonta, 2010). Um die Höhe der Gefährlichkeit bestimmen zu können und eine wirksame Behandlung zu gewährleisten, ist eine reliable und valide Erfassung des Rückfallrisikos notwendig [15, Seite 10].

Bedürfnisprinzip

Kernelement von diesem Prinzip sind die sogenannten „Need-Faktoren“. Man unterscheidet darunter kriminogene und nichtkriminogene Bedürfnisse. Unter den kriminogenen „Needs“ versteht man individuelle, dynamische Risikofaktoren, die sich im Laufe der Zeit verändern können und die in einem direkten Zusammenhang mit dem Rückfallrisiko stehen [14, Seite 5]. Dynamische Risikofaktoren kann man außerdem noch in stabil dynamische und akut dynamische Risikofaktoren aufsplitten. Stabil dynamische Risikofaktoren umfassen eher persönlichkeitsnahe Merkmale, während akut dynamische

Risikofaktoren eher situative Bereiche beschreiben, die sich innerhalb kürzester Zeit ändern können (z.B. Zugang zu Opfern, emotionale/soziale Krisensituation, Konsum von Suchtmitteln, etc.) [15]. Eine intensive Behandlung der stabil dynamischen Risikofaktoren ist vonnöten, sofern Therapieveränderungen nicht so schnell erreicht werden.

Bereits vor mehr als 50 Jahren wurden Forschungen betrieben, die sich auf die Entdeckung wichtiger, individueller Risikofaktoren spezialisierten (z.B. Hirschi 1969, Glueck & Glueck 1950) [16, Seite 15]. Heutzutage sind die Kernfaktoren, welche am meisten zur Rückfälligkeit beitragen, durch zahlreiche Studien mit unterschiedlichen Stichproben (Männer, Frauen, Jugendliche, unterschiedliche Kulturen) gut belegt [16, Seite 16]. Es sind nachweislich genau vier Faktoren, die den größten Ausschlag für eine erneute Straffälligkeit geben. Diese bezeichnet man in diesem Zusammenhang auch als die „Big Four“. Namentlich sind es diese:

1. Vorgeschichte antisozialen Verhaltens
2. Antisoziale Persönlichkeit (Psychopathie, Impulsivität, mangelnde Selbstregulationsfähigkeit, ...)
3. Antisozialer Umgang
4. Antisoziale Kognitionen [13, Seite 14]

Darüber hinaus gibt es noch vier weitere Faktoren, die Einfluss auf die Rückfälligkeit haben, jedoch nicht in dem hohen Maße wie die „Big Four“:

5. Familiäre Probleme
6. Probleme in Schule und Beruf
7. Freizeitverhalten
8. Alkohol- und Drogenproblematik [13, Seite 14]

Alle acht Faktoren zusammen bezeichnet man auch als die „Central Eight“. Für eine effiziente Behandlung bezieht man sich vor allem auf die ersten vier Faktoren. Die anderen vier sollten nicht ignoriert werden, spielen jedoch bei der Behandlung eine untergeordnete Rolle und werden nur behandelt, wenn die Ansprechbarkeit verbessert werden kann oder die Intervention mit keinem größeren Aufwand verbunden ist [16, Seite 18].

Daneben gibt es noch die nichtkriminogenen Bedürfnisse wie Angst, Unzufriedenheit oder geringe Leistungsmotivation. Diese Faktoren stehen nicht im direkten Zusammenhang mit delinquenten Verhaltensweisen [14, Seite 5]. Die Behandlung sollte sich deshalb vor allem auf die kriminogenen Needs beziehen, um kriminalitätsfördernde Faktoren abzuschwächen und effektiv einen Rückfall in kriminogene Verhaltensmuster zu verhindern (Rückfallprävention) [14, Seite 5]. Dabei sollen vor allem Veränderungen im sozialen Bereich der Gefangenen zur Geltung gebracht werden. Straftäter sollen sich zum Beispiel Fähigkeiten zur sozialen Problemlösung aneignen, soziale Einstellungen und Attributionen trainieren, verstärkte Bindungen zur Familie, Freunden und andere Personen aus einem nicht kriminogenen Umfeld aufbauen oder eine verbesserte Kontrolle antisozialer Gefühle und Reaktionsbereitschaft entwickeln [2, Seite 12]. Allerdings können auch die

nichtkriminogenen Bedürfnisse behandelt werden, um beispielsweise die Motivation des Täters zu fördern [14, Seite 5].

Ansprechbarkeitsprinzip

Das Ansprechbarkeitsprinzip besagt, dass ausgewählte, geeignete therapeutische Ansätze und Methoden für die Behandlung von Straftätern angewandt werden müssen [16, Seite 22]. Dabei sollen vor allem der Lernstil und die Fähigkeiten des Straftäters berücksichtigt werden. Die Ansprechbarkeit ist bei diesem Prinzip in die allgemeine Ansprechbarkeit (general responsivity) und die spezifische Ansprechbarkeit (specific responsivity) untergliedert [12]. Bei der allgemeinen Form erfolgt die Behandlung nach einer kognitiven und verhaltenstherapeutischen Art, während die spezifische Form individuelle Eigenschaften und Lernvoraussetzungen des Täters berücksichtigt und Behandlungshindernisse überwindet [12, Seite 159]. Zu den allgemeinen Ansprechbarkeitsfaktoren zählen strukturierte Behandlungsprogramme, Rollenspiele, soziales Lernen, kognitive und verhaltenstherapeutische Ansätze sowie die Förderung des Selbstwertgefühles und der Ausbau von Fähigkeiten [16, Seite 24].

Spezifische Ansprechbarkeitsfaktoren, die einer Behandlung entgegenstehen oder deren Effekte abschwächen können, sind unter anderem Kultur, Geschlecht, Intelligenz, Alter, Vorhaben und Ethnizität. Ebenso müssen individuelle Lernschwierigkeiten, antisoziale Persönlichkeiten oder eine eingeschränkte Motivation für eine Behandlung berücksichtigt werden. Vor allem Motivationsprobleme zählen zu den größten Herausforderungen. Oftmals sind Therapieabbrecher die Personen, die am stärksten behandlungsbedürftig sind [13, Seite 18].

Diese drei Prinzipien decken den ersten Teil des RNR-Modells ab. Darüber hinaus existieren behandlungsübergreifende Methoden und Ansätze, die den zweiten Part des Modells bilden. Dazu gehören dynamische Straftäter-Diagnosen. Das heißt, dass tatspezifische Informationen der Straftäter innerhalb der Behandlungszeit stetig ermittelt und gemessen und Veränderungen festgehalten werden sollen [2, Seite 11]. Diese Prognose soll zusätzlich zu den Gefährlichkeits- und Risikoprognosen erstellt werden, um die Behandlung anpassen und verbessern zu können. Vor allem Wahrnehmungs-, Denk- und Verhaltensmuster des Gefangenen werden dabei berücksichtigt [2, Seite 11].

Bei der Wahl der Behandlungsmethoden ist darauf zu achten, dass diese sich auf anerkannte empirisch bewährte Theorien der Kriminologie stützen [2, Seite 11]. Außerdem steht die Individualität im Vordergrund, sodass sich Behandlungsansätze immer nach der Persönlichkeit richten sollten.

Des Weiteren ist es wichtig, ein therapeutisches Klima herzustellen. Es ist notwendig, die Gefangenen in eine Umgebung zu bringen, in der es ihnen möglich ist, therapeutisch förderliche Denk- und Verhaltensmuster zu erlernen und auszuweiten [2, Seite 13]. Dazu bedarf es einer vertrauensvollen und subkulturfernen Atmosphäre, die durch Akzeptanz, Unterstützung und zwischenmenschlicher Sensibilität seitens der Therapeuten geprägt sein

kann [17]. Zudem ist im Umgang mit anderen Gefangenen und Therapeuten auf eine respektvolle und freundliche Sprache zu achten. Differenzierte Gespräche mit unterschiedlichen Erwartungen, Zielsetzungen und Dauer ergänzen dies. Es gibt aber auch Konversationen zwischen Therapeuten und Insassen, die oftmals ohne besonderen Grund zustande kommen. Diese haben aber trotzdem einen hohen Stellenwert für eine positive Atmosphäre innerhalb der Wohngruppen.

Die Therapeutenteams sollten den Bewohnern jedoch auch klare Anforderungen und Grenzen aufzeigen. Dies betrifft vor allem die Verantwortungsübernahme und die Eigeninitiative der Gefangenen. Außerdem haben Therapeuten die Aufgabe, die Entwicklung der Insassen zu beobachten um feststellen zu können, inwieweit die in den Therapien vermittelten Lösungsansätze greifen [2, Seite 11]. Gegebenenfalls können Therapiepläne nach Bedarf modifiziert werden.

Weiterhin sollten Therapeuten motiviert und fachlich qualifiziert sein um eine effektive Straftäterbehandlung zu ermöglichen. Besondere Fähigkeiten bedarf es vor allem bei der Behandlung von antisozialen oder auch nichtmotivierten Persönlichkeiten. Aus diesem Grund ist es elementar, sich als Therapeut regelmäßig weiterzubilden und sich mit anderen Institutionen und Berufsgruppen stetig auszutauschen [2, Seite 13].

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Aspekt ist Nachsorge und Rückfallprävention. Straftäter sind optimal auf das Leben in Freiheit vorzubereiten [2, Seite 13]. Sozialtherapeutische Einrichtungen müssen zudem individuelle Nachbetreuungen anbieten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der erste Teil des RNR-Modells drei Grundsätze umfasst. Zum einen wird eine Straftäterdiagnostik erarbeitet, in der die persönlichen Defizite und Besonderheiten herausgearbeitet werden, um eine geeignete therapeutische Intervention ausarbeiten zu können (Bedürfnisprinzip) [14, Seite 8]. Zweitens erfolgt eine Risikoprognose, um die Intensität der Intervention zu steuern (Risikoprinzip) [14, Seite 8]. Der letzte Punkt zielt auf die individuellen Behandlungshindernisse und Besonderheiten ab, die berücksichtigt werden müssen, um eine therapeutische Behandlung überhaupt zu ermöglichen und anzupassen (Ansprechbarkeitsprinzip) [14, Seite 8]. Dabei ist festzustellen, dass es eine hohe Abbruchquote bei der Behandlung von Sexualstraftätern gibt. Diese liegt zwischen 30% und 50% [18, Seite 125]. Ursächlich dafür ist in erster Linie das Motivationsproblem, da der Fokus beim RNR-Modell vor allem auf Vermeidungs- und nicht auf Annäherungszielen gelegt wird. Besonders problematisch ist, dass häufig solche Insassen eine Therapie abbrechen, die ein höheres Rückfallrisiko aufweisen als Gefangene, die eine Behandlung erfolgreich beenden [18, Seite 125]. Weiterhin wird angemerkt, dass in erster Linie dynamische Risikofaktoren berücksichtigt und behandelt werden. Dies ist aber wenig effektiv, wenn die Straftäter beispielsweise unter Stress stehen oder finanzielle Probleme haben [18, Seite 125]. Dann verlangen die nichtkriminogenen Risikofaktoren eine besondere Aufmerksamkeit. Ein dritter Kritikpunkt zielt auf die geringe Berücksichtigung

von Reintegrationsprozessen ab. Es würde zu wenig Wert auf die Schaffung einer günstigen Entlassungssituation Wert gelegt werden [18, Seite 126]. Die Befürchtung ist, dass die Behandlungserfolge einer Sozialtherapie sehr schnell an Wirkung verlieren, wenn Gefangene nach ihrer Entlassung in einer Subkultur mit prokriminellen Eigenschaften leben [18, Seite 126]. Positive Behandlungseffekte würden nur beibehalten werden, wenn die Umgebung die neu erlernten Konzepte unterstützt und verstärkt [18, Seite 126].

Der zweite, ergänzende Teil zielt vor allem auf die Rahmenbedingungen der sozialtherapeutischen Einrichtungen ab. Dabei geht es um ein gutes therapeutisches Klima, um personelle Anforderungen oder auch um institutionelle Strukturen. So sollen unter anderem auch äußere Faktoren vermieden werden, die eine erfolgreiche Therapie des Gefangenen gefährden könnten und Therapeuten bei der praktischen Umsetzung beachten sollten. Das RNR-Modell vereint also insgesamt die Prinzipien des Risikomanagements mit behandlungsübergreifenden Aspekten im Hintergrund [14, Seite 8].

3.2 Das GLM

Das Good Lives Modell (GLM) wurde von Tony Ward und Kollegen im Jahr 2003 ausgearbeitet und fokussiert sich ebenfalls auf die Straftäterbehandlung [16, Seite 30]. Es setzt sich aber vor allem mit den nichtkriminogenen Defiziten auseinander, die beim RNR-Modell weitestgehend vernachlässigt und nur berücksichtigt werden, wenn es darum geht, Behandlungshindernisse zu überwinden oder wenn deren Behandlung die Voraussetzung für eine erfolgreiche Bearbeitung der kriminogenen Faktoren ist. Der Nachteil beim RNR-Modell ist, dass deren praktische Umsetzung von vielen Strafgefangenen wegen fehlender Motivation oder anderen Aspekten abgelehnt wird. Das GLM versucht, dieses Hindernis zu überwinden, indem die menschlichen Bedürfnisse betrachtet werden und nicht allein die Defizite der Probanden berücksichtigt werden. Es verfolgt dabei einen positiv psychologischen Ansatz, um das menschliche Wohlbefinden zu fördern und Stärken zu erlernen beziehungsweise weiterzuentwickeln [19]. Um das Modell nachvollziehen zu können, müssen vorerst die Grundlagen positiver Psychologie erläutert werden.

Zunächst einmal sind alle Menschen Lebewesen, die ähnliche Ziele und Bedürfnisse verfolgen. Im Laufe des Lebens sind deshalb Lehrer, die Gesellschaft, aber vor allem die Eltern in der Verantwortung Hilfestellungen zu geben, um entsprechende Fähigkeiten zu erlernen. Menschen, die kriminelle Handlungen begangen haben, erfuhren oftmals in ihrer prägenden Zeit, nämlich im Kinder- beziehungsweise Jugendalter, Vernachlässigung, einen inkonsistenten Erziehungsstil oder körperliche Gewalt. Dies hat ein Mangel an internen und externen Ressourcen zur Folge, der unter Umständen letztlich dazu beigetragen hat, dass die menschlichen Bedürfnisse nicht ausreichend gedeckt wurden [16, Seite 37]. Aus diesem Grund versuchen diese Menschen, ihre Lebensziele anderweitig zu erfüllen, gegebenenfalls auf nicht prosoziale Art und Weise. Die Grundannahme des Modells zielt nun auf genau diese Tatsache ab. Die Rehabilitierung kann nur erfolgreich sein, wenn Straftäter mit Wissen, Fähigkeiten und Ressourcen ausgestattet werden, mit sogenannten sekundären Gütern („secondary goods“). Dies ist Voraussetzung dafür, dass

diese Menschen über einen nichtkriminellen Lebensstil ihre Ziele beziehungsweise ihre primären Güter („primary goods“) auf eine persönliche bedeutende Art aufrechterhalten oder erreichen können [16, Seite 37]. Es gibt etliche primäre Güter, die erstrebenswert sind und als Vorteil angesehen werden. Diese sind:

1. **Leben:** körperliche Bedürfnisse und Faktoren, die für ein gesundes Leben und eine physische Funktionsfähigkeit bedeutsam sind
2. **Wissen:** das Bedürfnis, bestimmte Dinge über sich selbst, andere Personen oder die natürliche Umgebung zu verstehen
3. **Vortrefflichkeit in Spiel und Arbeit:** das Bedürfnis, Aktivitäten aufzunehmen und sich in diesen fortlaufend zu verbessern
4. **Autonomie:** das Bedürfnis, eigene Ziele zu formulieren und diese in selbstbestimmter Art und Weise zu verfolgen, ohne durch andere hierin beeinträchtigt zu werden
5. **innerer Frieden:** das Bedürfnis, mit Gefühlen umzugehen und einen Zustand emotionalen Ausgleichs erreichen zu können
6. **Verbundenheit:** das Bedürfnis, warme und liebevolle Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten
7. **Gemeinschaft:** das Bedürfnis, sozialen Gruppen anzugehören, die die eigenen Werte, Sorgen und Interessen teilen
8. **Spiritualität:** das Bedürfnis, im eigenen Leben Bedeutung und Sinn zu finden
9. **Glück:** das Bedürfnis nach Vergnügen, einschließlich sexueller Zufriedenheit sowie der Erfahrung, mit dem eigenen Leben einverstanden und zufrieden zu sein
10. **Kreativität:** das Bedürfnis nach Neuem und Erfinderischem, anderen Herangehensweisen oder dem Hervorbringen von neuen, künstlerischen oder kreativen Werken [20]

Beispielsweise vermittelt das Studieren an einer Hochschule als sekundäres Gut Wissen als primäres Gut [18, Seite 127]. Durch die Mitgliedschaft in einer Sportmannschaft wird das Gemeinschaftsgut erfüllt [18, Seite 127]. Je nach Individuum sind diese unterschiedlich stark gewichtet, abhängig von der Persönlichkeit eines Menschen. Das Verhalten eines Menschen, so das Modell, ist abhängig von dem Versuch der Erreichung primärer Güter. Dazu gibt es zwei Annahmen, die antisoziales Verhalten und die Begehung von Straftaten begründen. Man unterscheidet zwischen dem direkten und dem indirekten Pfad.

Der direkte Pfad sagt aus, dass Täter auf direktem Wege durch die Begehung von Straftaten versuchen, primäre Güter zu erhalten [16, Seite 46]. Besteht für den Täter beispielsweise das Gefühl, dass sein Bedürfnis nach intimen Beziehungen nicht mehr erfüllt ist und sowohl interne (Misstrauen gegenüber Erwachsene etc.) und externe Hindernisse (schlechte Beziehungen etc.) das Eingehen einer Beziehung verhindern, kann die direkte Folge ein sexueller Kontakt zu Kindern sein [19, Seite 12]. Damit ist ein straffälliges Handeln eingetreten. Auch die Begehung von Körperverletzungen oder das Ausüben von Beleidigungen als direkte Folge des Abhandenkommens des Gemeinschafts-Gut, zum Beispiel durch geringe Anerkennung und Akzeptanz des Täters in einer Gruppe, gehört zur Einordnung zum direkten Pfad.

Die andere, zweite Annahme ist der indirekte Pfad. Dabei entsteht eine Straftat nicht direkt aus den abhanden gekommenen primären Gütern, sondern erst nach einer Akkumulation von negativen Einflüssen [19, Seite 12]. Eine mögliche Kausalkette kann beispielsweise mit der Trennung seines Partners beginnen. Als Folge empfindet man Einsamkeit, Trauer, eventuell auch Wut und Stress. Vor allem das primäre Gut Verbundenheit ist dabei verloren gegangen. Hinzu kommen interne und externe Hindernisse wie Defizite zur inneren Konfliktbewältigung oder dissoziale Freunde, was alles zusammen zu einer maladaptiven Verhaltensweise wie dem Konsumieren von Alkohol führen kann [19, Seite 12]. Ein Kontrollverlust kann entstehen, der sich unter Umständen zu einer Begehung einer Straftat wie Körperverletzung ausweiten kann. Diese Aneinanderreihung von Ereignissen kann auch als „Welleneffekt“ bezeichnet werden, der letztlich in der Ausübung eines kriminellen Ereignisses mündet [16, Seite 46].

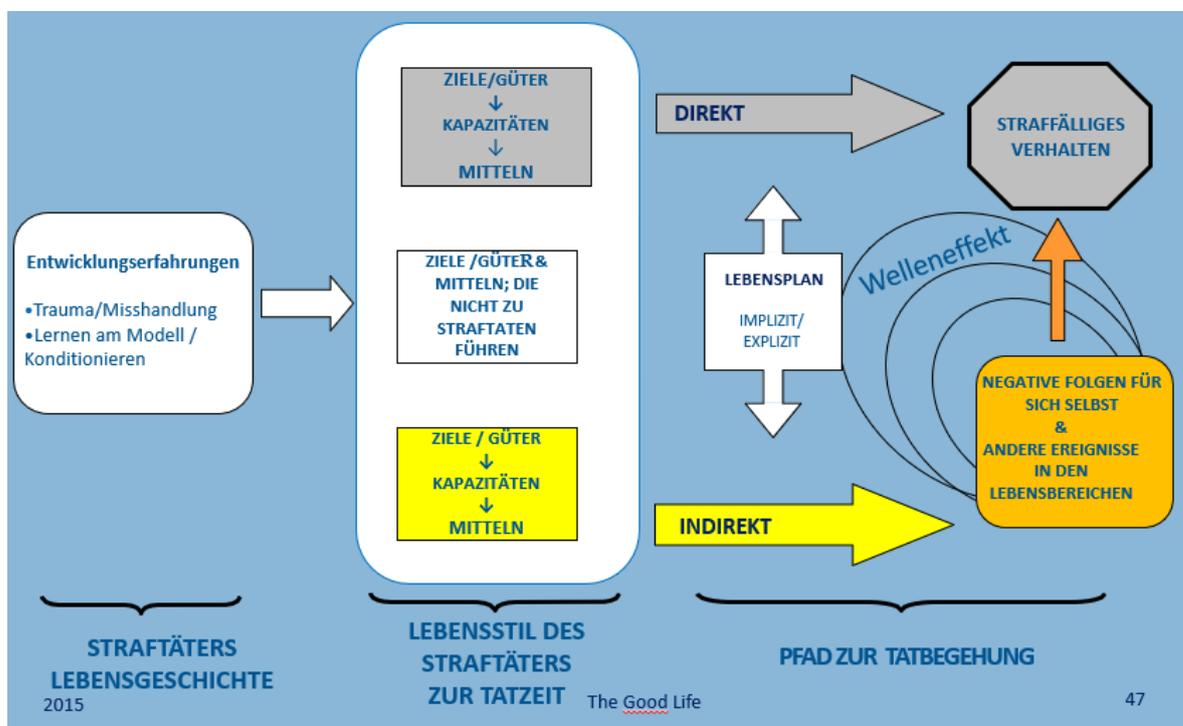


Abbildung 4: Direkter und indirekter Pfad zur Tatbegehung im Vergleich [16, Seite 47]

Vor allem zwei Faktoren, nämlich die Nicht-Befriedigung von Bedürfnissen und die internen sowie externen Hindernisse, denen die Erfüllung dieser Bedürfnisse entgegenstehen können, bilden laut diesem Modell das größte Risikopotenzial für die Begehung von Straftaten. Beim indirekten Pfad kommen zusätzlich noch die Welleneffekte wie Frustration oder Stress als Zwischenpart hinzu, die sich im Endeffekt ab einer gewissen Ausprägung ebenso im Ausüben von strafälligem Verhalten niederschlagen können. Auch Konflikte zwischen persönlichen Zielen können Straftaten wahrscheinlicher machen [1, Seite 253]. Beispielsweise steht das Unabhängigkeitsbedürfnis nicht mit dem Streben nach einer festen Beziehung im Einklang [1, Seite 253]. Der Wunsch nach Freiheit und Selbstbestimmtheit auf der einen Seite kann auf der anderen Seite Ärger in der Partnerschaft hervorrufen. Dominiert in so einem Fall ein Bedürfnis, wird das andere

unterdrückt. Man steht also in einem inneren Konflikt, beidem die Abwägung der Wichtigkeit von bestimmten Zielen im Mittelpunkt steht.

Fallbeispiel

Herr R. ist 55 Jahre alt und hat einen zehnjährigen Sohn. An ihm und anderen circa 10-jährigen Jungen beging er mehrere Kindesmissbräuche. Für diese Taten und für ein Körperverletzungsdelikt an seiner Ehefrau wurde er mit einer Strafe von 10 Jahren mit anschließender Sicherheitsverwahrung belangt. Des Weiteren hat er einige Vorstrafen gegen das Gewaltschutzgesetz aufzuweisen. Er wurde aufgrund seiner Straftaten in eine sozialtherapeutische Einrichtung übergeben. Es erfolgte dort zunächst eine strukturierte Behandlungsuntersuchung. Ihm wurde ein hohes Rückfallrisiko (Static 99) diagnostiziert und es wurden die Ansprechbarkeitsfaktoren herausgearbeitet. Diese, so die Untersuchung, sind ein erhebliches Misstrauen, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie die Problematik des Begehens von sexuellen Handlungen [16, Seite 57-58].

Nach der Untersuchung rückten die Bedürfnisse und Güter in den Vordergrund, die für Herrn R. wichtig sind. Man orientierte sich dabei an das GLM. Es wurden die primären Güter herausgearbeitet, die für den Gefangenen wichtig sind sowie die sekundären Güter beziehungsweise Ressourcen, die angewendet werden können, um die primären Güter zu erlangen. Dem Klienten wurden dazu Fragen zu seinen Lebenszielen sowie zu der Art befragt, wie für ihn ein sinnvolles und befriedigendes Leben aussieht [46]. Darüber hinaus wurde die Korrelation zwischen dem Versuch der Erhaltung der Güter und seinem straffälligen Verhalten erarbeitet sowie Hindernisse, die die Zielsetzungen gefährden können. Für Herrn R. stehen offenbar die primären Güter Verbundenheit, innerer Friede sowie Autonomie an erster Stelle. Bezüglich seiner Fähigkeiten und Ressourcen wurde ermittelt, dass er eine hohe Motivation bezüglich einer frühen Entlassung (extrinsische Motivation) und eine normale Intelligenz besitzt. Außerdem ist er arbeitsam und hat eine Ausbildung als Landschaftsgärtner und Pferdewirt abgeschlossen. Um die Motivation während der Behandlung aufrechtzuerhalten ist es wichtig, diese positiven Aspekte des Gefangenen hervorzuheben und seine Stärken ernst zu nehmen. Hilfreich ist es ebenso, die Lebensziele des Herrn R. zu normalisieren, da die angestrebten Ziele auch viele andere Menschen erfüllen wollen. Um seine Hindernisse und Schwachstellen zu überwinden, ist es wichtig, diese zu ermitteln. Aus seinen Lebenszielen lässt sich ableiten, dass Verbundenheit und innerer Frieden mit sich kollidieren. Einerseits geht er übermäßig viele, kurze Beziehungen zu Frauen ein, andererseits kontrolliert und misstraut er diesen. Es entsteht eine Konfliktproblematik. Aus seiner Vorgeschichte lassen sich ebenso die fehlenden Ressourcen und Fähigkeiten als auch unangebrachte Strategien ableiten. Herr R. hat erhebliche Schwierigkeiten, Konflikte und Probleme angemessen zu bewältigen, er verfügt über einen Mangel an Selbstregulierung und er hat eine sexuelle Erregung bei Minderjährigen aufzuweisen, die die Erreichung seiner Lebensziele unerfüllbar machen. Diese Nichterfüllung hat zur Folge, dass Herr R. versucht diese Problematiken durch Aggressionen, Bedrohungen und der Ausübung von Kindesmissbrauch zu bewältigen [16, Seite 59-66].

In den ersten sechs Monaten der Therapie zeigt sich Herr R. sehr antisozial. Er leugnet seine Taten des Kindesmissbrauches und der Körperverletzung, lehnt die Behandlung ab und geht übermäßig viele Konflikte durch sein aggressives und forderndes Verhalten gegenüber anderen Klienten und Therapeuten ein. Des Weiteren fällt er negativ durch massive Störungen in der Wohngruppe auf, von der er sich auch weitestgehend isoliert.

Infolgedessen wurde die Einzelpsychotherapie seitens der Therapeuten nach sechs Monaten abgebrochen und anschließend die Verlegung in eine Gruppentherapie vorgenommen, in der er die darauffolgenden Monate verbrachte. In den ersten drei Sitzungen sind keine großen Unterschiede zu der Einzelpsychotherapie deutlich geworden. Nach wie vor verhält er sich antisozial, beleidigt andere Teilnehmer und stellt die Kompetenzen der Gruppenleiter infrage. Er weigert sich zudem, über sich selbst, seine Probleme und Ziele zu reden und fordert stattdessen die Rückverlegung in die Einzeltherapie, da er unfreiwillig in die Gruppentherapie eingetreten und demotiviert ist. In der vierten Sitzung verletzt er die Gruppenschweigepflicht und beschuldigt darüber hinaus andere Teilnehmer, diese verletzt zu haben. Nach wie vor beschwert er sich über eine unangemessene Behandlung, diesmal sogar bei einer Anhörung (§119a StVollzG). Dies hat ein schlechtes Therapieklima zur Konsequenz und es herrscht große Aufregung innerhalb der Gruppe. Diese ist jedoch mit den Methoden des GLM vertraut und einige Teilnehmer verfügen bereits über die nötige Erfahrung im Umgang mit Menschen wie Herrn R.. Sie reagieren nicht mit Widerstand und Konfrontation, sondern zeigten Verständnis und Empathie gegenüber dem Klienten. Unter anderem tolerierten die anderen Teilnehmer die Leugnung seiner Straftaten, griffen sie jedoch nicht auf. Sie verlangten aber, dass er an sich und seinen selbstgesteckten Zielen arbeitet. Die Gruppenleiter befragten ihn zu seiner Vorstellung, welche Aspekte ein bereicherndes und erfülltes Leben ausmacht. Die Gruppe will ein genaues Bild davon bekommen, welche persönlichen Ziele Herr R. anstrebt und wieso er diese noch nicht erreicht hat. Jeglicher Versuch des Herrn R. die Diskussion seiner Straftaten als Thema anzusprechen, wird von den Gruppenteilnehmern umgehend umgelenkt um die Fokussierung wieder zurück auf seine Ziele zu richten. Mit der Zeit und nach großer Beharrlichkeit beginnt Herr R. allmählich etwas über sein Leben und seine Ziele und Wünsche auszusagen. Es zeigt sich, dass für ihn Verbundenheit und innerer Friede sehr wichtig sind und beginnt, diese Aspekte immer mehr auszuführen. Ohne dass eine Konfrontation mit seinen Straftaten stattfand, gibt er schon bald seine begangenen Straftaten zu und erkennt die Hindernisse, die die Erfüllung bestimmter primärer Güter verhindern. Nach und nach entsteht aus Misstrauen Vertrauen gegenüber den anderen Gruppenteilnehmern und Therapeuten und er räumt sein normabweichendes und gewalttätiges Verhalten gegenüber seiner früheren Partnerinnen selbst ein. Es findet ein Umdenken hin zur Einsicht, zur Auseinandersetzung mit seinen kriminogenen Bedürfnissen und zum besseren Umgang mit Kritik statt. Gegen Ende der Therapie ist Herr R. in der Lage, ein sozialeres Verhalten zu zeigen, welches fernab von Aggressivität, Widerstand und Konfrontation ist. Seine Motivation hat sich im Vergleich zu den anfänglichen Sitzungen erheblich gesteigert, er arbeitet fleißig, erfüllt die Ratschläge und Aufgaben des Personals und er bringt sich aktiv in den Gruppensitzungen mit ein. Er spricht positiv über die Gruppe

bei neuen Teilnehmern und er wird auch innerhalb der Wohngruppe geschätzt und respektiert [16, Seite 67-76].

Dieses Beispiel zeigt noch einmal sehr gut die Ansätze des GLM. Im Gegensatz zum RNR-Modell steht beim GLM nicht die Behandlung von Risikofaktoren an erster Stelle, sondern die Stärkung fehlender Mittel und Kompetenzen. Das Modell verfolgt deshalb einen motivierenden Ansatz, damit eben nicht nur die Misserfolge, sondern auch die Erfolge dieser Menschen berücksichtigt werden. Motivierte Straftäter können die Behandlungsprogramme besser absolvieren und zeigen zudem eine größere Bereitschaft, veränderte Verhaltensweisen zu lernen und zu stärken. Die Arbeit an Risikofaktoren wird dabei nicht komplett vernachlässigt, sondern für eine positive, motivierende Haltung eingesetzt. Die Behandelten sollen selbst zu der Einsicht gelangen, dass Attribute wie antisoziale Einstellungen, Drogenmissbrauch, Empathie- und Intimitätsdefizite oder fehlende Selbstreflexion hinderlich auf dem Weg zu einem persönlich zufriedener stellenden Leben sind [16, Seite 52]. Dazu werden zunächst die für die Inhaftierten wichtigen primären Güter herausgearbeitet. Es geht also in erster Linie darum, dass den Betroffenen durch die Zugabe von Hoffnung, Optimismus, Empathie und anderen motivationsfördernden Aspekten geholfen wird, ihre Hindernisse zu überwinden und ihre Bedürfnisse auf nichtkriminelle Art und Weise zu befriedigen. Das GLM ist damit eine vielversprechende Ergänzung zum RNR-Modell und ermöglicht die Balance zwischen der Sicherung der Gesellschaft und der Beachtung der Menschenrechte des Straftäters [18, Seite 129].

Andrews und Bonta kritisieren, dass das Modell den eigentlichen Fokus der Rehabilitation beziehungsweise des Risikomanagements verliert [18, Seite 129]. Aus diesem Grund sollte das GLM immer unter Berücksichtigung des RNR-Modells angewendet werden und nie isoliert praktiziert werden [18, Seite 129]. Ebenso wird angemerkt, dass das Modell öfters fehlgeleitet wird. Therapeuten wollen zum Beispiel häufig ihre eigenen Vorstellungen des „guten Lebens“ den Klienten aufzwingen [18, Seite 129]. Daher ist es wichtig, dass Therapeuten regelmäßig an Schulungen teilnehmen und sich weiterbilden.

3.3 Vergleich der beiden Modelle

Der wesentlichste Unterschied der beiden Modelle liegt in der Perspektive. Während das RNR-Modell eine neutrale Sichtweise auf den Täter hat, arbeitet das GLM mit einer positiven Psychologie. Das GLM fokussiert sich vornehmlich auf die primären menschlichen und positiven Güter wie Glück, Verbundenheit und innerer Friede, während beim RNR-Modell das Risikomanagement an erster Stelle steht und der Fokus auf die kriminogenen Bedürfnisse und den dynamischen Risikofaktoren gelegt wird [21, Seite 14]. Beim GLM bildet das Risikomanagement lediglich eine nebensächliche Komponente, das als Indikator für die Hindernisse eines Täters zur Erfüllung seiner Lebensziele dient [14, Seite 16]. Es zielt vielmehr auf das Wohlbefinden der Klienten als auf die kriminogenen Bedürfnisse und Defizite des Behandelten ab. Als Gemeinsamkeit lässt sich diesbezüglich feststellen, dass

beide Modelle beide Perspektiven vereinen, es jedoch Unterschiede bezüglich deren Gewichtung gibt.

Das GLM bringt zudem vor allem annäherungsorientierte Aspekte mit sich, die im Gegensatz zum RNR-Modell vor allem die Motivation fördert. Es ist stärkenbasierend und es wird davon ausgegangen, dass Kriminelle sich grundsätzlich nicht von Nicht-Kriminellen unterscheiden [21, Seite 18]. Die Ausrichtung auf den Täter und seine Aufgaben ist also positiv und es wird angenommen, dass die Erfüllung beziehungsweise Nichterfüllung der primären Güter entscheidend für das Verhalten eines Menschen ist [21, Seite 18]. Das RNR-Modell dagegen ist risikobasiert und es setzt nicht vornehmlich auf motivierende Aspekte. Das Modell sagt aus, dass sich Kriminelle in vielerlei Hinsicht von Nichtkriminellen unterscheiden, wie zum Beispiel in Bereichen der Psychopathie und der Persönlichkeit [22].

Letztendlich lässt sich sagen, dass beide Modelle auf unterschiedliche Art und Weise das Ziel verfolgen, die Delinquenz des Täters zu senken.

4 Sozialtherapeutische Herausforderungen

4.1 Gefangene mit geringer Veränderungs- und Behandlungsmotivation

4.1.1 Das Problem des Motivationsmangels

Gefangene, die mit verschränkten Armen gelangweilt in der Therapiesitzung verweilen, Zweifel und Abneigung gegenüber den Behandlungsprogrammen und Therapeuten zeigen oder ihre Taten leugnen oder bagatellisieren - der Umgang mit Menschen, die ihr straftätiges Handeln nicht anerkennen beziehungsweise keine Motivation aufweisen, eine Veränderung herbeizuführen und sich therapieren zu lassen, ist durchaus schwierig. Es verlangt den Therapeuten und Bediensteten eine hohe Gedulds- und Frustrationstoleranz ab. Oftmals werden solche Patienten als „schwierig“ oder „nicht mitarbeitsbereit“ bezeichnet [1, Seite 233]. Nicht selten verweigern genau solche Straftäter eine Therapie, deren Rückfallrisiko höher ist als bei Gefangenen mit einem geringeren Risiko. Laut RNR-Modell sollte die Behandlung umso umfangreicher sein, desto mehr Risikofaktoren für eine Rückfälligkeit existieren. Der Strafvollzug kommt also vor allem mit denen nicht zurecht, die besondere Aufmerksamkeit und Bemühungen nötig hätten [1, Seite 234].

Um dem entgegenzuwirken zählen Gefangene mit geringer Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft zu dem Personenkreis für Interventionen, bei denen vor allem das Ziel verfolgt wird, die Motivation zu steigern. Hintergrund dafür ist ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 4. Mai 2011 [1, Seite 234]. Weiterhin wurde gefordert, dass individuelle auf den zu Behandelten zugeschnittene Behandlungs- und Therapieangebote absolviert werden.

Wie wichtig Motivation für erfolgreiche Therapien ist, zeigen empirische Studien. Mangelnde Motivation ist der Hauptgrund, warum Behandlungen überhaupt erst gar nicht aufgenommen werden beziehungsweise die Klienten eine Therapie ablehnen (Abbildung 5). Daher gehört Motivationsmangel gleichzeitig zu den Hauptfaktoren für das Scheitern von Behandlungsmaßnahmen und damit einhergehend zu einem erhöhten Rückfallrisiko im Vergleich zu erfolgreich Behandelten [1, Seite 235].

Gründe	Anteil an allen (N = 1097)	Anteil an Unbehandelten (N = 577)
Mangelnde Motivation	41,1	75,4
Fehlende Eignung	15,2	27,2
▪ mangelnde Intelligenz	1,5	2,4
▪ nicht ausreichende Sprachkenntnisse	8,3	15,3
▪ gesundheitliche Einschränkungen	2,3	3,8
▪ zu kurze Strafdauer	3,6	6,2
▪ kein Platz/Therapeut verfügbar	0,2	0,3
keine Behandlungsbedürftigkeit	1,1	1,9
Unterbringung nach § 63 oder 64 StGB	1,3	2,1
Sonstige Gründe	15,5	27,6

Abbildung 5: J. Endres: Sexualtäter-Erhebung, Bayern 2004 bis 2011: Von den Anstalten mitgeteilte Gründe für fehlende Behandlungsteilnahme (Mehrfachnennungen möglich)
[13, Seite 19]

Die Höhe der Veränderungsmotivation von Gefangenen hängt von bestimmten Einflüssen ab. Die Motivation, sich in der Behandlung zu engagieren (MBE) führt zum tatsächlichen Engagement in der Therapie (TEB) [1, Seite 236]. TEB ist gekennzeichnet durch ernsthaftes Mitmachen bei Rollenspielen, Einhaltung von Absprachen, der Beteiligung an Diskussionen oder dem Erledigen von Hausaufgaben [1, Seite 236]. Es wird auch als „Compliance“ bezeichnet.

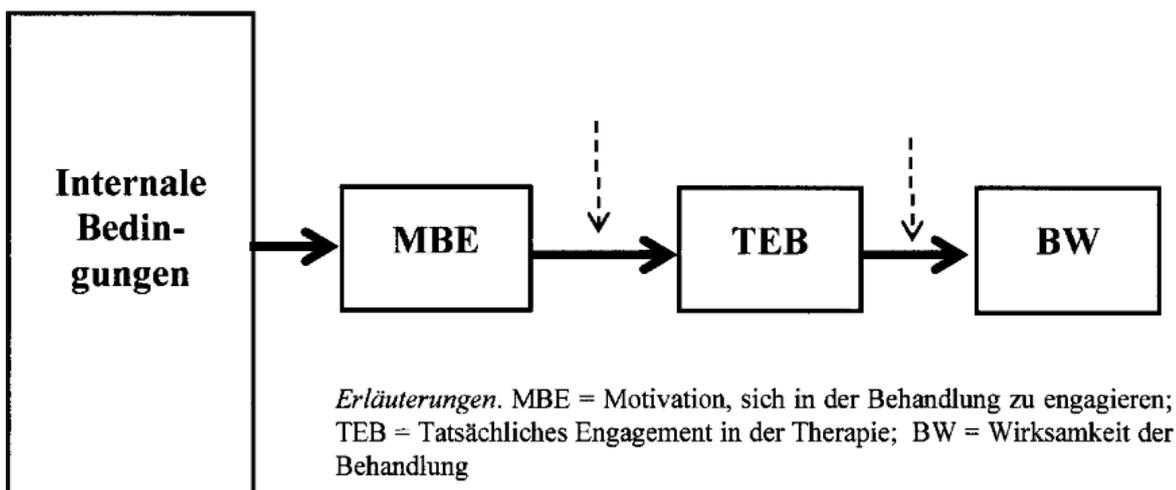


Abbildung 6: Modell der Behandlungsmotivation von Drieschner et al. (2004) [1, Seite 236]

Beim Begriff der Veränderungsmotivation unterscheidet man zudem zwischen der intrinsischen und extrinsischen Motivation. Erstere ist eine innere, aus sich selbst entstehende Motivation [24]. Intrinsische Faktoren zielen auf die eigene Persönlichkeit ab, d.h. auf die Bereitschaft, sein Verhalten aus dem Willen heraus zu ändern. Extrinsische Motivation resultiert dagegen aus dem Wunsch zur Verbesserung der Haftsituation (höhere

Aussicht auf Lockerungen, mehr Besuchszeit etc.), also aus der Absicht, eine Belohnung zu erlangen oder eine Bestrafung zu vermeiden [24]. Man kann intrinsische Motivation auch mit dem Begriff des „Lebensbewältigungsmotives“ gleichsetzen, während bei extrinsischen Einflüssen Haftentlassungsmotive den Ausschlag für die Motivation geben. Ziel der Therapie soll im Falle dominierender extrinsischer Motive die Ergänzung von intrinsischen Motivationseinflüssen sein [1, Seite 239]. Forschungen haben gezeigt, dass Schüler mit intrinsischer Motivation gegenüber der extrinsischen Motivation einige Vorteile aufweisen [25]. Intrinsisch motivierte Schüler beispielsweise können besser mit Misserfolgen umgehen, bessere Leistungen erbringen und besitzen eine positivere Selbstkompetenz gegenüber extrinsisch motivierten Schülern [25]. Diese Eigenschaften könnten auch dazu beitragen, die Wirksamkeit sozialtherapeutischer Behandlungen steigern. Eine Förderung der intrinsischen Motivation kann beispielsweise durch erstrebenswerte Zielsetzungen, Belohnungen oder das Hervorheben von individuellen Stärken erreicht werden [27].

Leugnen und Bagatellisieren

Das Leugnen beziehungsweise Bagatellisieren wirkt sich in der Regel negativ auf die Veränderungsmotivation aus. Das Abstreiten von Straftaten stellt somit ein erhebliches Problem für den Behandlungserfolg dar.

Es gibt unterschiedliche Formen des Leugnens. Unter absolutem Leugnen versteht man eine extreme Variante der Ablehnung, da die Tat komplett abgestritten wird [1, Seite 240]. Infolgedessen sind die Betroffenen auch der Meinung sich für nichts rechtfertigen und keine Verantwortung übernehmen zu müssen, da sie ja die Straftaten nicht begangen hätten. Diese absolute Form tritt sehr selten auf. Das andere Extrem ist das uneingeschränkte Eingeständnis der Tat mit sämtlichen Details und Ausführungen, das mindestens genauso selten auftritt. Dazwischen finden sich vielfältige Formen der Beschönigung beziehungsweise der Bagatellisierung [1, Seite 240]. Sie rechtfertigen oder verschönern die Tat, indem beispielsweise dem Opfer die Verantwortlichkeit und die Schuld zugeschoben wird oder die Tat als Bagatelle angesehen wird. Man bezeichnet diese Rechtfertigung und Entschuldigung des Delikts auch als sogenannte Neutralisierungstechniken. Dabei werden psychologische Mittel angewandt. Das Begehen der Tat erscheint so als legitim oder sie wird durch bestimmte Einflüsse rechtfertigt. Ziel ist also, den Widerspruch zwischen Normen und Handeln zu neutralisieren, um sich nach der Tat nicht schuldig zu fühlen [26, Seite 86]. Sykes und Matza beschrieben diese Kriminalitätstheorie im Jahre 1957. Beispiele für solche Techniken sind in der folgenden Abbildung dargestellt:

Leugnen/Ablehnen der Verantwortlichkeit für die Tat	Tat wird dem Zufall oder ungünstigen Umwelteinflüssen zugeschrieben („lieblose Erziehung“, „unglückliche Kindheit“)
Leugnung/Verharmlosung/Bagatellisierung des Schadens	Das vermögende Opfer trifft der Schaden nicht besonders („Peanuts“); Versicherung zahlt; Entpersonalisierung des Opfers, z.B. bei opferlosen Delikten, Schwarzfahren, Steuerhinterziehung
Leugnung der Opferrolle	Opfer wird die Verantwortlichkeit / „Schuld“ zugeschoben; Opfer wird dehumanisiert
Verdammung der Verdammenden	Herabsetzung der Strafverfolger (Polizei, StA, Justiz iwS)
Berufung auf vermeintlich höherstehende Maßstäbe	Ungeschriebene Normen der eigenen Bezugsgruppe (militärische Einheit; Ehre, Freundschaft...) 83

Abbildung 7: Neutralisierungstechniken [26, Seite 84]

Inwieweit diese Neutralisierungstechniken Einfluss auf die Begehung von Straftaten haben, ist umstritten. Es kann aber vermutet werden, dass diese in Hinblick auf die Rückfälligkeit ein Risikofaktor darstellen können. Auf der anderen Seite können diese aber auch vorteilhafte Funktionen auf den Straftäter hervorrufen. Unter anderem führt diese Art der Rechtfertigung zu einem integrierten und positiven Selbstbild und überlagern gegebenenfalls die potenziellen negativen Einflüsse im Hinblick auf kriminelle Handlungen [1, Seite 241]. Dennoch ist es wichtig, die Lebensumstände sowie die Umstände, Motive und Hintergründe zur Tat zu kennen, um auf den Betroffenen individuelle zugeschnittene Behandlungsprogramme und Rückfallvermeidungspläne zu schaffen.

Eine Form ist jedoch besonders problematisch, nämlich die Bagatellisierung der Straftaten in Kombination mit antisozialen Haltungen. Beispiele sind folgende Ausdrücke:

- „Man sollte sich nehmen, was man bekommen kann“
- „Wo man mit Worten nicht weiter kommt, muss man Gewalt anwenden“ [1, Seite 242]

Diese Arten von Einstellung sind sicher ein Faktor für die Erhöhung der Rückfälligkeit und sind auf jeden Fall therapeutisch zu behandeln [1, Seite 242].

Oftmals ist fehlende Verantwortung bei den Straftätern der Grund für das Eingestehen der Tat, weswegen die Behandlung von kognitiven Funktionen zunächst im Vordergrund steht. Es ist nicht das Ziel, dass die begangene Tat vollständig und detailreich eingeräumt wird, sondern dass die Wahrscheinlichkeit für die Verantwortungsübernahme für zukünftiges Handeln zu erhöht wird [1, Seite 241-242].

4.1.2 Interventionen zur Förderung von Veränderungs- und Behandlungsmotivation

Es gibt verschiedene Methoden und Ansätze zur Erhöhung der Motivationsbereitschaft. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden.

GLM zur Motivationsförderung

Das GLM geht davon aus, dass Menschen nach der Erfüllung ihrer Bedürfnisse, den primären Gütern, streben. Diese werden in persönliche Ziele umgewandelt und repräsentiert sowie durch den Einsatz von Ressourcen, Kompetenzen und Handlungsmittel, den sekundären Gütern, erreicht. Zahlreiche Befunde zeigen, dass die Erfüllung der Ziele mit Wohlbefinden einhergeht. Kriminelle Handlungen werden ausgeübt, wenn sich die Erfüllung dieser Bedürfnisse, Ziele oder Ressourcen als problematisch zeigt. Straftaten resultieren aus dem Verlangen, diese grundlegenden primären Bedürfnisse zu befriedigen. Das GLM verfolgt einen positiv psychologischen Ansatz, der den Fokus nicht auf die Aufarbeitung der Delikte, sondern auf die Erkundung persönlicher Ziele und deren Realisierung legt [1, Seite 252]. Es sollen die fehlenden Kompetenzen realisiert und Mittel hergestellt werden, die ein zufrieden stellendes Leben ohne Straftaten ermöglichen. Vor allem motivierende Aspekte stehen also bei diesem Modell im Vordergrund. Das Modell geht davon aus, dass sich nichtkriminelle Menschen nicht von straffällig gewordenen Personen unterscheiden und dass kriminelles Verhalten aus einer komplexen Interaktion von Bedingungen in der Person und ihres sozialen Kontextes entsteht [1, Seite 253]. Es geht darum, Straftäter nicht als „kriminell“ zu etikettieren, sondern in ihm einen Menschen zu sehen, der wie jeder andere auch versucht, seine grundlegenden Bedürfnisse zu erfüllen, wenn auch auf problematische Art und Weise. Das GLM greift des Weiteren die Stärken, Potenziale und vorhandenen Ressourcen auf. Die Bekräftigung und der Ausbau von diesen Ressourcen und Kompetenzen kann zur Beseitigung der Defizite beitragen und damit vor allem die vorteilhafte intrinsische Motivation fördern.

Etliche Studien kamen zu dem Ergebnis, dass fehlende Motivation eines der Hauptgründe für das Scheitern einer therapeutischen Behandlung ist, beziehungsweise hauptsächlich verantwortlich dafür ist, dass eine Behandlung erst gar nicht angenommen wird. Dies ist aber auch nicht wirklich überraschend. Motivation entsteht selten, wenn man mit negativen Dingen konfrontiert wird oder wenn man ständig auf Fehler oder Misserfolge angesprochen wird [1, Seite 255]. Unsere Persönlichkeit und Identität baut sich vornehmlich auf den positiven Aspekten und Zielen des Lebens auf. Das gleiche gilt auch für Menschen in Gefangenschaft. Wenn diese sich ständig mit ihren Straftaten, Defiziten und Risikofaktoren und -potenzialen auseinandersetzen müssen, so trägt dies eher zu einer geringeren Veränderungsbereitschaft dieser Menschen bei [1, Seite 255]. Diesbezüglich ist die Anwendung des GLM nützlicher und erfolgsversprechender als das RNR-Modell, da Motivation stärker annäherungs- statt vermeidungsorientiert ist. Menschen verfolgen eher das Anstreben von Zielen, die erreicht werden können, als die Vermeidung des Ausübens von gewissen Dingen, die unerreichbar oder zu unterlassen sind [1, Seite 255]. Die Auseinandersetzung mit Risikofaktoren und Hindernissen wird beim GLM trotzdem nicht

komplett außer Acht gelassen. Im Unterschied zum RNR-Modell sollen die Straftäter diese jedoch selber finden, um letztlich Einflüsse zu verhindern, die die Erfüllung der primären Güter gefährden könnten. Das Bewusstsein des Vorhandenseins dieser Defizite soll also von den Behandelten selbst erlangt werden.

Rahmenbedingungen

Voraussetzung für eine angemessene und motivierende Behandlungsarbeit ist die Diagnostik von Stärken und Ressourcen. Dies soll vorrangig durch die Aufarbeitung der Lebensgeschichte mit ihren positiven wie negativen Facetten, den straffreien Zeiten und auf Vorlieben des Behandelten erfolgen. Die Persönlichkeit und Identität als auch die Auseinandersetzung mit den Zielen des Probanden spielen eine wesentliche Rolle für die Aufstellung eines Behandlungsplanes, in denen die Gefangenen mit einbezogen werden. Darüber werden sie informiert um durch eigene Überlegungen aktiv an der Gestaltung des Behandlungsplanes teilhaben zu können [1, Seite 257]. Damit während der Behandlung die Motivation bleibt, ist es die Aufgabe der Therapeuten, den Behandelten mitzuteilen, welche individuellen Inhalte die geplante Therapie oder eine Sitzung haben und welches Ziel dabei verfolgt wird. Forschungsergebnisse zeigten, dass eine Therapie umso erfolgreicher gestaltet werden kann, je ausführlicher den Straftätern Sinn und Zweck der Behandlung erläutert wurden und je besser die therapeutischen Ziele auf die Individualität des Betreffenden ausgelegt wurden [1, Seite 257]. Vor allem kurzfristige und kleine Ziele, können die Zuversicht, das eigene Selbstbewusstsein und damit auch die Motivation stärken. Oftmals können auch regelmäßige, persönliche Gespräche positive Effekte bezüglich der Behandlungsmotivation mit sich bringen.

Ein weiterer Wirkfaktor ist die therapeutische Allianz, die das Arbeits- und Vertrauensverhältnis zwischen Gefangenen und Therapeuten beschreibt [28]. Diese umfasst mit den Veränderungszielen, den Aufgaben und der Bindung drei Elemente [1, Seite 259]. Wie bereits erläutert, ist es wichtig, bei der Aufstellung der Veränderungsziele auch die Perspektive und Auffassung des Gefangenen mit einzubeziehen. Diese Aufgaben umfassen die Aspekte, denen sich der Gefangene stellen muss, um die Veränderungen zu erreichen [1, Seite 259]. Dazu gehört die Bindung emotionaler Beziehungen zwischen Therapeut und Klient, welche Bedingung ist, um die Ziele erreichen zu können [1, Seite 259]. Je vertrauensvoller und tragfähiger diese Bindung ist, desto besser. Die Höhe des Vertrauens hängt von bestimmten Faktoren seitens des Therapeuten ab. Empathie, Wärme, Respekt, Unterstützung, Ermutigung, Interesse und Anleitung sind vertrauensfördernde Attribute, Konfrontation, Wut, Beschimpfung, Ablehnung und Manipulation vertrauenshemmende Eigenschaften [1, Seite 260]. Das Zustandekommen der therapeutischen Allianz ist Voraussetzung für das Gelingen einer Therapie [29].

Darüber hinaus existieren noch weitere motivationsfördernde Verhaltensaspekte, die zu berücksichtigen sind. Flexibilität beispielsweise ist ein wichtiger Faktor. Die theoretische Aufstellung eines Behandlungsplanes und die praktische Umsetzung von diesem können variieren. Deswegen sollte sich der Therapeut situationsbezogenen Anforderungen stellen

und individuelle Probleme bearbeiten [1, Seite 262]. Der Behandlungsplan bleibt jedoch die Basis, auf dessen Grundlage gearbeitet wird. Den Betroffenen muss klar gemacht werden, dass sowohl der Behandler als auch der Gefangene dasselbe Hauptziel verfolgen, nämlich eine erneute Rückfälligkeit zu vermeiden. Außerdem ist es nützlich, den Straftätern deutlich zu machen, welche Verhaltensweisen er vom Therapeuten erwarten kann und welche nicht. Beispielsweise kann die Befürchtung des Klienten abgelegt werden, dass der Behandler ihn für moralisch minderwertig hält [1, Seite 262].

Weitere Rahmenbedingungen zur Förderung der Veränderungsbereitschaft zielen auf das Gruppenklima ab. Ein gutes Gruppenklima, gekennzeichnet vor allem durch einen hohen Gruppenzusammenhalt, kann positive Veränderungen der Gruppenmitglieder hervorrufen. Wärme und Unterstützung seitens des Therapeuten tragen außerdem zu einer Förderung der Gesprächsdynamik und Offenheit bei, das heißt, dass bei den Gruppenteilnehmern eine höhere Diskussionsbereitschaft vorliegt [1, Seite 264].

Letztlich helfen auch Anreize wie vielfältigere Freizeitaktivitäten, mehr Kontaktangebote und Besuchermöglichkeiten oder die Aussicht auf eine vorzeitige Entlassung zur Erhöhung der Motivation mit [1, Seite 265].

All diese Rahmenbedingungen sind nicht nur für die Behandlungsmotivation sinnvoll, sondern können auch zur Gestaltung eines Lebensraumes genutzt werden, in dem sich die Insassen sich persönlich weiterentwickeln können und Alltagssituationen geschaffen werden, wie man sie außerhalb des Vollzuges kennt. All das kann die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Behandlung erhöhen [1, Seite 265].

Bearbeitung von Ambivalenzen

Ambivalenzen entstehen durch sich widersprechenden Gefühlen, Wünschen und Gedanken, die zu inneren Spannungen und einem Zustand psychischer Zerrissenheit führen können [52]. Um das Ziel zur Anregung, Bearbeitung und Auflösung von Ambivalenzen zu erreichen, bedarf es einer motivierenden Gesprächsführung, die die beste empirisch gesicherte Methode ist und auch maßgeblich zur Erreichung der Veränderungsmotivation beiträgt [1, Seite 269]. Studien und Metaanalysen haben ihr eine große Wirkung zugesagt (McMurrin, 2009; Hetteema, Steele & Miller, 2005). Die motivierende Gesprächsführung funktioniert vor allem dann, wenn die Gefangenen zu Beginn Ambivalenzen aufweisen. Deshalb ist es zunächst Ziel, diese anzuregen. Für die Umsetzung gibt es vier Prinzipien und Strategien, die die motivierende Gesprächsführung kennzeichnen. Diese sind Empathie, die Entwicklung von Diskrepanzen, die Umlenkung des Widerstands und die Förderung der Selbstwirksamkeit [1, Seite. 271-272]. Als Beispiel für die Erläuterung dieser Aspekte dient ein Gefangener, der sein Dasein als Familienvater gerecht werden möchte, der jedoch auch aufgrund seiner Drogenproblematik kriminelle Handlungen verübt hat und infolgedessen inhaftiert wurde [1, Seite. 271]. Es ist zunächst wichtig, Ambivalenz anzuregen um Diskrepanzen zu entwickeln. Dies kann durch offene

Fragen geschehen, die den Klienten stärker zum Nachdenken anregen. Bezogen auf dieses Beispiel sind mögliche Fragen:

- „Hat ihnen der Drogenkonsum Probleme bereitet?“
- „Wie lassen sich Ihre Ziele mit Ihren Straftaten vereinbaren?“ [1, Seite 272]

Der Gefangene beginnt, sein Problemverhalten zu erkennen. Durch weitere offene Fragen sollen Argumente angeregt werden, die gegen die momentanen Verhaltensweisen sprechen. Die Bediensteten sollten dabei den Fokus hin zu den vom Gefangenen dargelegten Argumenten für eine Veränderung lenken [1, Seite 271]. Weiterhin ist es vorteilhaft, den Klienten nicht zu einer Veränderung zu drängen, sondern beide Seiten der Ambivalenz zu verstehen, zu akzeptieren und zu respektieren (Empathie ausdrücken) [1, Seite 271]. So wird der Klient eher dazu ermutigt, über die Vorteile seines Problemverhaltens zu sprechen, was zu einer Umlenkung von Widerständen und zur Steigerung intrinsischer Motivation führen kann [1, Seite 272]. Ist der Gefangene bereit, Veränderungen herbeizuführen, so fördert der Therapeut diesen Schritt zur Selbstwirksamkeit, indem er an seine Stärken und Ressourcen appelliert und an seine Fähigkeit, diese Handlungsalternativen zu entwickeln und auszuführen [1, Seite 272]. Ebenfalls sollten die Bediensteten diesen Weg zur Veränderung anerkennen und loben, um den Gefangenen bei seinem Vorhaben zu bestätigen.

Neben der motivierenden Gesprächsführung gibt es auch Übungen zur Bearbeitung von Ambivalenzen. Eine davon ist der sogenannte Entscheidungswürfel. Dabei werden alle Seiten der Ambivalenz betrachtet. Die Gefangenen sollen jeweils Argumente sammeln, die für und gegen eine Veränderung sprechen [1, Seite 274] (siehe Abbildung 8).

	Vorteile	Nachteile
Veränderung	1. Werde nicht mehr so leicht zu Straftaten verführt	3. Bin möglicherweise erstmal einsam
keine Veränderung	4. Die alten „Kollegen“ warten schon auf mich, respektieren mich	2. Muss ständig dem Druck der alten „Kollegen“ stand halten (anstrengend, riskant)

Abbildung 8: Entscheidungswürfel [1, Seite 275]

Nach der Auflistung der Argumente können diese diskutiert und Fragen zur Thematik gestellt werden. Eine Möglichkeit ist es herauszufinden, wie wichtig ihm das Veränderungsziel ist, beispielsweise auf einer Skala zwischen eins und zehn. Der Gefangene kann nun zum Nachdenken gebracht werden, indem er mit der Frage konfrontiert wird, warum er die Wichtigkeit nicht niedriger bewertet hat oder was zu einer höheren Einschätzung noch fehlt [1, Seite 275].

4.1.3 Grenzen der Behandelbarkeit

Die Grenzen der Behandelbarkeit sind meist dann erreicht, wenn aus Sicht des Gefangenen alle Gewinne aus dem dysfunktionalen Verhalten (GdV) und den Kosten einer Veränderung (KV) größer sind als alle Gewinne aus der Veränderung (GV) und der Kosten des gegenwärtigen Zustands (KGZ) [30]. Kurz dargestellt werden kann dieser Zusammenhang wie folgt:

$$(GdV + KV) > (GV + KGZ) [30]$$

Diese Vergleichsoperation kann unter vielfältigen Bedingungen erreicht werden. Beispielsweise wird diese mathematische Beziehung wahr, wenn die Gewinne der Veränderung für den Gefangenen nicht erstrebenswert sind oder in weiter Ferne liegen. Des Weiteren ist eine Grenze gesetzt, sobald der Aufwand für eine Veränderung aus seiner Perspektive als zu groß angesehen wird oder diese mit vielen Risiken und Frustrationen verbunden ist [30]. Es kann ebenso sein, dass der Gefangene viele positive Aspekte aus seinen Problemen zieht. Für ihn kann es von Vorteil sein, sich um nichts kümmern zu müssen, Aufmerksamkeit geschenkt zu bekommen oder keine Verantwortung übernehmen zu müssen [30]. Alles in allem empfinden diese Gefangenen die Therapie schlicht zu unattraktiv. Oftmals sind es Menschen, die für sich keine Perspektive im Leben nach der Haftentlassung sehen, ein geringes Selbstwertgefühl haben, eine antisoziale Persönlichkeitsstörung mit sich tragen oder kaum soziale Kontakte pflegen [30]. Erfolge werden trotz größten Bemühungen seitens der Therapeuten nicht erzielt. Sie verweigern sich der Teilnahme an Trainings, vermeiden das Eingehen von therapeutischen Beziehungen und bauen keine angemessenen und realistischen Ziele auf [31, Seite 161].

4.1.4 Zusammenfassung

Es gibt zahlreiche Aspekte zur Optimierung für die Straftäterbehandlung unter dem Gesichtspunkt der Motivation. Für die Förderung von Veränderungsbereitschaft zählen die Formulierung von Lebenszielen und Wünschen, die Klärung von Ambivalenzen und die Stärkung der Fähigkeiten und Ressourcen des Gefangenen zu den grundlegenden Faktoren. Vor allem das GLM bietet eine sinnvolle Orientierungshilfe. Die Therapeuten haben vor allem die Aufgabe, ihre Klienten auf dem Weg zur Veränderung Anreize zum Nachdenken zu geben und unterstützend bei der Umsetzung zu agieren. Bei allen Versuchen zur Anregung von Motivation gibt es natürlich trotzdem Grenzen. Selbst wenn alle Anforderungen in den sozialtherapeutischen Einrichtungen zur Motivationsverstärkung erfüllt worden sind, so können trotzdem niemals alle Gefangenen erreicht werden. Vor allem bei Persönlichkeiten, die schon mehrfach eine Behandlung abgebrochen haben und sich durch langjährige Gefängnisstrafen einer Subkultur zugehörig fühlen, sind deutliche Grenzen bei der Motivationsförderung festzustellen [1, Seite 287].

4.2 Antisoziale Persönlichkeiten

Laut ICD-10 zeichnen sich antisoziale Persönlichkeiten unter anderem durch mangelndes Einfühlungsvermögen, hohe Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, mangelnde Gewissensbildung, der Missachtung von sozialen Normen und Egozentrik aus [32]. Die Gründe für diese Charakteristiken liegen oftmals im Kindes- beziehungsweise Jugendalter. Verlust- und Mangelerfahrungen, Gewalt und Vernachlässigung hinterlassen bleibende Spuren und führen so zu einem Mangel an elterlicher Liebe und Vertrauen. Nicht selten ist die Folge, dass Normen und Regeln missachtet werden, was sich durch kriminelles Verhalten, Schule schwänzen oder massives Lügen auszeichnet. Emotionale Bindungen werden kaum eingegangen und nur entwickelt, um Macht ausüben zu können oder sich zerstörerisch zu verhalten. Nicht immer jedoch liegen die Ursachen in der Vergangenheit. Auch genetische Faktoren können eine dissoziale Persönlichkeitsstörung hervorrufen. Eine Störung tritt zum Beispiel häufiger auf, wenn zumindest eines der Elternteile an dieser selbst leidet [32]. Forschungen haben gezeigt, dass antisoziale Persönlichkeitsstörungen häufig durch eine Kombination aus biologischen und sozialen Faktoren auftreten [33]. Die Wahrscheinlichkeit für antisoziales Verhalten ist stark erhöht, wenn in der Kindheit sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung eintraten und außerdem die schwache aktive Variante des MAO-A-Gens vorliegt, dass die Hirnchemie beeinflusst [33]. Dieses Gen sorgt dafür, dass das Enzym Monoaminoxidase-A nur in geringen Mengen vorkommt, was zur Folge hat, dass die Botenstoffe Serotonin, Dopamin und Noradrenalin in größeren Mengen ausgeschüttet werden [33]. Dies sorgt wiederum für eine erhöhte Aggressivität und Impulsivität.

Es verwundert also nicht, dass sich der Umgang mit Menschen, die eine dissoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen, als schwierig gestaltet und eine große Herausforderung für eine sozialtherapeutische Behandlung darstellen. Im Gegensatz zu vielen anderen Patienten, die Hilfe suchen und annehmen, verhalten sich antisoziale Persönlichkeiten nicht selten provokant und weisen Angebote entschieden zurück [1, Seite 373]. Zusätzlich zu fehlender Motivation ist der Umgang mit diesen Menschen dadurch sehr viel schwieriger. Dazu zählt auch die mangelnde Fähigkeit zum Aufbau von Beziehungen, obwohl sie sich nach Nähe und emotionaler Zuwendung sehnen. Jedoch sind ihre Erwartungen zu unangemessen und überladen, wodurch Konflikte und Enttäuschungen zwangsläufig entstehen. Diese Bindungen haben für sie einen funktionalisierten und narzisstischen Charakter [1, Seite 366]. Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, äußert sich das in Aggression, Wut und anderen impulsiven Eigenschaften. Auch die für antisoziale Persönlichkeiten mangelnde Empathie und Gefühlslosigkeit macht den Umgang mit Therapeuten und Gruppenmitgliedern zu einer echten Herausforderung. Ein Vertrauensverhältnis und ein angemessener Umgang gestalten sich als sehr viel schwieriger.

Ebenso können die geringe Frustrationstoleranz und die leichte Reizbarkeit während einer Therapie zu mangelnder Geduld, Abweisung und zu einem schnellen Abbruch der Sitzung führen. Eine geringe Frustrationstoleranz geht auch oft mit einer geringen

Behandlungsmotivation einher. Zur Erhöhung der Behandlungs- und Veränderungsmotivation sollten deshalb auch die bereits angesprochenen Methoden angewendet werden.

Problematisch sind ebenfalls mangelndes Schuldgefühl und Verantwortungsbewusstsein sowie Narzissmus mit einhergehenden Manipulationstendenzen [1, Seite 367].

„Ein klassisches Fallbeispiel dafür stammt von Robert Hare, einem der ersten Forscher, die sich mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung befasst haben. Er berichtet, wie er bei seiner ersten psychologischen Tätigkeit in einem Staatsgefängnis den Häftling „Ray“ therapieren soll.

Ray hatte ein langes Strafregister, zu dem auch viele Gewalttaten gehören – und er hat fast die Hälfte seines erwachsenen Lebens im Gefängnis verbracht. Schon beim ersten Kontakt fällt Hare auf, wie direkt, intensiv und fordernd der Blickkontakt des Mitte 30 Jahre alten Häftlings ist. In den Therapiestunden zieht Ray teilweise ein Messer und setzte seinen Therapeuten dadurch unter Druck. Immer wieder testet er ihn, zum Beispiel um herauszufinden, ob Hare sich an die Regeln der Gefängnisleitung hält. Außerdem versucht er ständig, seinen Therapeuten zu manipulieren und überredet ihn zum Beispiel, ihm einen besonders guten Job in der Gefängnisküche oder in der Autowerkstatt zu vermitteln. Auch insgesamt ist Ray sehr geschickt darin, andere zu manipulieren und hereinzulegen. Er lügt ohne jede Gewissensbisse, und wenn andere ihn mit Unstimmigkeiten konfrontieren, wechselt er einfach das Thema und denkt sich eine andere Lüge aus.

Als Hare seinen Job im Gefängnis aufgibt und mit dem Auto zu seiner neuen Stelle an einer Universität unterwegs ist, muss er feststellen, dass Ray auch seinen Wagen manipuliert hat: Er hat die Schläuche zum Kühler verändert und das Bremskabel angeschnitten, so dass Hare nur knapp einem schweren Unfall entgeht [32].“

Diese Verhaltensstörungen haben auch zur Folge, dass die Erfolge bei der Behandlung wesentlich geringfügiger erreicht werden als bei Personen ohne eine dissoziale Persönlichkeitsstörung. Es lassen sich oftmals nur leichte Verbesserungen erzielen, beispielsweise bezüglich des Einfühlungsvermögens, der Empathie oder im sozialen Bereich. Es kann auch schon ein Erfolg sein, wenn sich diese Störung nicht noch weiter verschärft und sich keine weiteren negativen Verhaltensweisen etablieren oder verstärken [1, Seite 374].

Längst verhalten sich nicht alle Menschen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung so wie in dem Fallbeispiel dargestellt. Oftmals sind diese sozial gut integriert und beruflich erfolgreich. Die erfolgreichste Therapieform zur Behandlung von dissozialen Persönlichkeitsstörungen ist die kognitive Therapie, die zur Veränderung der Persönlichkeitsmerkmale und zur Verringerung kriminellen Verhaltens beiträgt [32]. Mit Hilfe von Rollenspielen, gedanklichen Übungen und Verhaltensexperimenten soll eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen erzielt werden. Die Klienten sollen Fähigkeiten

entwickeln, um Gefühle anderer Menschen richtig einzuschätzen, und lernen, auf ihre Wünsche und Absichten besser einzugehen [32]. Ergänzend soll an deren Selbstbeherrschung gearbeitet werden, um beispielsweise besser mit Konflikten umzugehen und sich einen angemessenen Umgang mit anderen Personen anzueignen. Ein wesentlicher Aspekt der kognitiven Verhaltenstherapie nimmt die Entwicklung von Mitgefühl ein. Die Insassen sollen sich in die Lage des Opfers hineinversetzen und über seine Befindlichkeiten, Ängste und Wünsche nachdenken. Dazu sollen sie einen Brief aus der Sicht des Opfers an den Täter schreiben [32]. Außerdem sollen die Behandelten einen zweiten Brief aus ihrer Sicht verfassen, indem sie sich beim Opfer entschuldigen [32]. Anschließend werden sämtliche Ausführungen, Gedanken und Verhaltensmuster gesammelt, um diese zu analysieren und mögliche Indikatoren für eine Rückfälligkeit zu sammeln [32]. Damit werden Strategien entwickelt, welche bestimmte Risikofaktoren bearbeiten, um gewalttätigen Handlungen effektiv vorzubeugen [32].

Abschließend lässt sich sagen, dass die Behandlung antisozialer Persönlichkeiten eine wesentlich größere Herausforderung darstellt, als die bloße Überwindung des Motivationsmangels. Die negativen Verhaltensweisen der Betroffenen haben sich über viele Jahre, oftmals im Kinder- und Jugendalter durch Vernachlässigung, Gewalt und anderen entwicklungshemmenden Faktoren, entwickelt und verfestigt, sodass die Verbesserung und Entwicklung von sozialen Kompetenzen und die Überwindung von Ängsten, Misstrauen und narzisstischen Tendenzen viel Geduld und Arbeit bedarf. Erfolge der Behandlung fallen in der Regel nicht so groß aus wie bei anderen Gefangenen und die Grenzen der Behandlung werden eher erreicht. Zudem gestaltet sich der Umgang mit den Betroffenen oftmals als problematisch.

4.3 Umgang mit älteren Gefangenen

Heutzutage kommt der Behandlung von Personen, die älter als 50 Jahre alt sind, eine immer größere Bedeutung bei. Dies liegt daran, dass sich in Deutschland ein demografischer Wandel vollzieht. 2015 betrug das Durchschnittsalter der Bevölkerung 44,2 Jahre, 1950 waren es noch 34,3 Jahre, 2060 wird es prognostisch zwischen 47,6 und 50,6 Jahren betragen [34]. Laut dem statistischen Bundesamt lag dabei der Anteil der über 60-Jährigen bei 27,1 Prozent. Im Vergleich dazu waren es 1950 nur 14,6 Prozent. 2050 sollen es laut der Bevölkerungsvorausberechnung sogar 37,6 Prozent sein [35]. Grund für diese Entwicklung ist vor allem eine steigende Lebenserwartung und eine relativ gleichbleibend niedrige Geburtenrate. Doch nicht nur die deutsche Bevölkerung allgemein altert, sondern auch der Strafvollzug. In Abbildung zehn sind die Altersstrukturen der Altersgruppen in sozialtherapeutischen Einrichtungen zwischen 1997 und 2017 dargestellt.

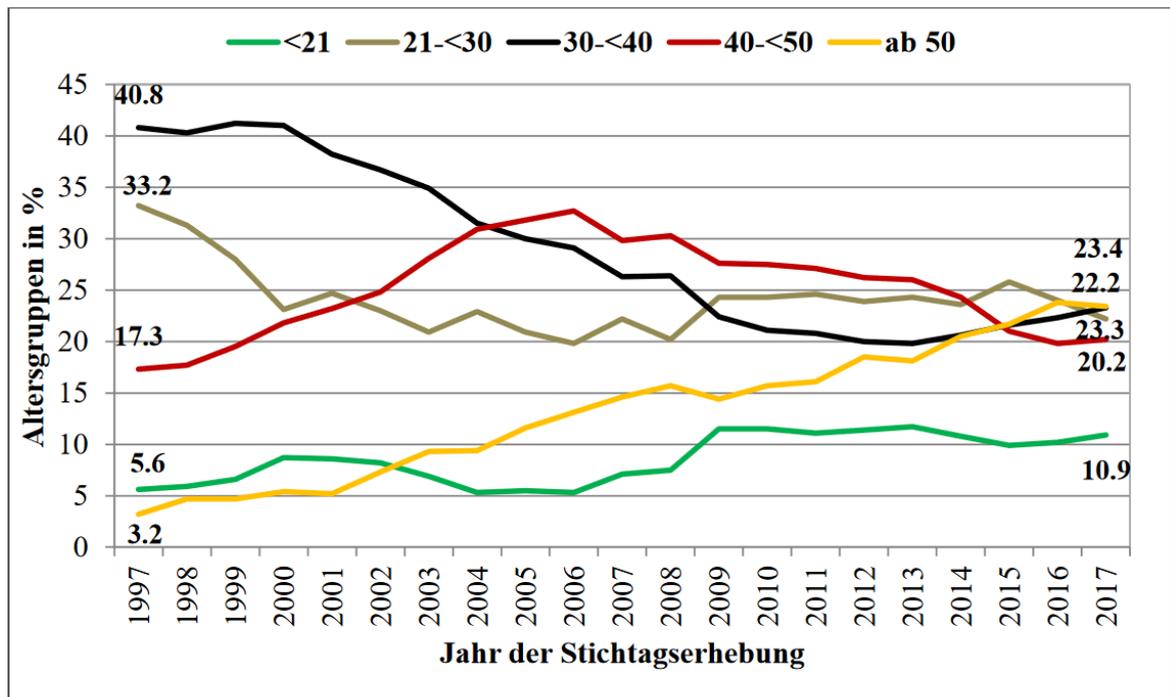


Abbildung 9: Gefangene gesamt: Altersstruktur, 1997-2017 [4, Seite 17]

Es ist deutlich zu erkennen, dass der Anteil der Gefangenen über 50 Jahren konstant zunimmt. Deren Quote ist in fast allen Erhebungsjahren angestiegen. Im Jahr 2017 betrug deren Anteil 23,4 Prozent und bildet damit die größte Altersgruppe. 1997 war der Prozentsatz mit 3,2 Prozent noch der geringste.

Der Umgang mit Menschen über 50 Jahren ist mit einigen Herausforderungen verbunden. Zum einen gehören alterstypische Beeinträchtigungen wie Demenz dazu, deren Prävalenz im Strafvollzug sogar noch deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung ist, wo diese bei fünf bis acht Prozent liegt [1, Seite 551]. Ein möglicher Grund für das größere Risiko liegt in der erhöhten Wahrscheinlichkeit ungesunder Lebensweisen schwerer Straftäter, vor Verurteilung und auch während des Gefängnisaufenthaltes [1, Seite 551].

Außerdem liegt ein Problem darin, dass ältere Gefangene schwerer für eine Behandlung zu motivieren sind. Die Formulierung klassischer Lebensziele wie die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt oder Familiengründung verfehlen ihre Wirkung [1, Seite 555]. Hinzu kommen Aspekte wie Perspektivlosigkeit, Gesundheitsprobleme, oder die Reaktionen aus dem sozialen Umfeld, die die Veränderungsbereitschaft ebenfalls sehr beeinträchtigen können. Aus diesem Grunde ist es wichtig, individuelle Ziele herauszuarbeiten, um eine Zukunftsperspektive zu ermöglichen. Dazu sind oftmals Sensibilität und Einfallsreichtum gefragt. Beispielsweise kann ein ehrenamtliches Engagement in sozialen Einrichtungen oder in einem Verein oder der Anschluss an die Familie neue Motivation und einen zusätzlichen Ansporn ermöglichen [1, Seite 555]. Das höhere Lebensalter ist durchaus eine entwicklungsensitive Phase mit vielen Freiräumen, die auch eine große Chance für eine erfolgreiche Therapie bieten kann [1, Seite 554].

Nichtsdestotrotz ist eine Behandlung von älteren Gefangenen im Gegensatz zu jüngeren Inhaftierten aufgrund der schwindenden Ressourcen (Gesundheit, Perspektive, soziales Umfeld, ...) schwieriger und mit geringeren Erträgen verbunden. Schon die Aufrechterhaltung der Stabilität kann einen großen Erfolg darstellen. Demzufolge sind die Grenzen oft schneller erreicht als bei jüngeren Inhaftierten.

5 Sozialtherapeutische Behandlungsprogramme

Nach Aufnahme in einer sozialtherapeutischen Einrichtung versuchen die Therapeuten zunächst, ihre Klienten näher kennenzulernen und der Straftat zugrunde liegenden Hintergründe und ihre Lebensgeschichte und -ziele herauszuarbeiten [6]. Darauf abzielend werden die Gefangenen festen Gruppen zugeordnet und nehmen an verschiedenen, für sie passenden Behandlungsprogrammen teil. Einige dieser Programme werden nun vorgestellt.

5.1 R&R-Training

R&R steht für die englischen Begriffe Reasoning and Rehabilitation und ist eines der weltweit am meisten verbreiteten Straftäterbehandlungsprogramme [37, Seite 25]. Studien haben ergeben, dass viele Straftäter einen Entwicklungsrückstand aufgrund kognitiver Defizite aufweisen wie beispielsweise mangelnde Selbstkontrolle und Selbstmanagement, antisoziale Einstellungen und Werthaltungen oder Einschränkungen in der sozialen Interaktion [37, Seite 5]. Es fehlen oftmals die Fähigkeiten, die Konsequenzen des eigenen Handelns für sich selbst und andere einzuschätzen und alternative Lösungswege zu finden. Probleme werden spontan behandelt, ohne diese überhaupt richtig verstanden und eingeordnet zu haben. Auch wird von diesen Menschen oftmals der Zusammenhang zwischen ihrem eigenen (unangemessen) Verhalten und der Reaktion anderer nicht verstanden. Der Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen wird dadurch erheblich erschwert. Auf dieser Grundlage wurde dieses Programm entwickelt, welches Fertigkeiten vermitteln soll, dass die Fähigkeiten des selbständigen, geschickten Denkens, Fühlens und Handelns verbessert und die Verfolgung prosozialer Ziele fördert [37, Seite 5]. Selbstkontrolle, Metakognitionen, kritisches Urteilen, soziale Fertigkeiten, Problembewältigung, kreatives Denken, soziale Perspektivenübernahme, Wertentwicklung und Angstmanagement sind namentlich die Module des Programms. Es zielt also weniger auf das Verhalten und den Emotionen ab, sondern viel mehr auf die Art des Denkens [36, Seite 5]. Die Straftäter sollen am Ende der Behandlung in der Lage sein, alternative Verhaltensmöglichkeiten bei Konflikten anzuwenden und die Konsequenzen ihres Verhaltens nachvollziehen zu können. Angewandte Techniken des Programms sind beispielsweise Rollenspiele, Denkspiele, Gruppendiskussionen oder Entspannungstechniken. Vor allem sind es Techniken, die spielerisch die erforderlichen Fertigkeiten übermitteln. Auch das Verhalten der Therapeuten ist sehr wichtig, da sie das Modell für das sind, was gelernt werden soll [36, Seite 8]. Sie sollen motivieren, indem sie gute Leistungen und prosoziales Verhalten verstärken und antisoziales Verhalten korrigieren, aber keinesfalls sanktionieren.

Pro Woche sollen zwei Sitzungen zu je zwei Stunden absolviert werden [37, Seite 22]. Üblicherweise umfasst eine Gruppe sechs bis acht Teilnehmer und zwei Trainer. Insgesamt dauert der Zeitraum für diese Behandlung zwischen fünf und zehn Monaten, in der 35 Sitzungen absolviert werden [37, Seite 22].

Eine R&R Metaanalyse von Tong & Farrington umfasste 16 Evaluationen des R&R-Trainings in Kanada, Schweden, UK und in den USA. Insgesamt 8000 R&R-Teilnehmer und 9500 Kontrollgruppen-Personen dienten als Grundlage für diese Analyse [37, Seite 14]. Man kam zu dem Ergebnis, dass das Training mit einer 14 prozentigen niedrigeren Rückfallrate im Vergleich zur Kontrollgruppe, die die Behandlung nicht absolvierte, einhergeht [37, Seite 16]. Dieser Effekt zeigte sich sowohl bei stark als auch bei weniger stark rückfallgefährdeten Straftätern [37, Seite 16].

5.2 TEK

Das Training emotionaler Kompetenzen (TEK) nach Berking wird bei Emotionsregulationsschwierigkeiten angewendet [38]. Diese können durch Faktoren wie Genetik, frühere Bindungen, prägende Erlebnisse, oder negative Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter wie Vernachlässigung, sexueller Missbrauch oder körperliche Gewalt hervorgerufen werden. Folgen dieser Emotionsregulationsschwierigkeiten sind oftmals psychische Störungen. In der Sozialtherapie werden vor allem Personen behandelt, die Störungen wie posttraumatische Belastungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder Angststörungen aufweisen. Dieses Programm findet außerdem auch Anwendung bei der Suchtmittelabhängigkeit als Rückfallpräventionstraining. Es vereint achtsamkeitsbasierte und praktisch veränderungsorientierte Verfahren und zielt auf die Verbesserung der Stress-, Selbstwert- und Emotionsregulation ab [38]. Das Training beruht auf sieben Schritten, die in Abbildung 10 dargestellt sind.

Basiskompetenzen und 'TEK-Sequenz'



Abbildung 10: Basiskompetenzen des TEK [39]

Nachfolgend sind die Defizite dargestellt, die möglicherweise dafür verantwortlich sind, dass man über die Basiskompetenzen nicht verfügt, sowie des Weiteren Lösungsansätze, die diese Kompetenzen wiederherstellen können.

Basiskompetenz	Zu behebedendes Defizit	Behandlungsansätze
Muskelentspannung	Erhöhte Aktivität der Amygdala durch Stress → Muskelanspannung	Entspannung der Muskulatur → Aktivität der Amygdala wird gesenkt
Atementspannung	psychophysiologische Stressreaktion	Bewusstes und ruhiges Atmen zur Reduzierung der Erregung der Amygdala
Bewertungsfreie Wahrnehmung	Spontane Bewertung schwieriger Situationen	Achtsamkeitsübungen, um unvoreingenommen Situationen zu betrachten und Gefühle richtig zu erkennen
Akzeptieren und Tolerieren	Stress, Kontrollverlust, Verstärkung negativer Gefühle	Negative Gefühle annehmen und akzeptieren, Ermittlung der Gründe für negatives Befinden
Effektive Selbstunterstützung	Selbstkritik und Selbstabwertung	Zuspruch von Mut und Mitgefühl zu sich selbst
Analysieren	sekundäre Emotionen überdecken eigentliche Gefühle	Emotionsanalyse
Regulieren	Unangemessene emotionale Reaktionen	Entwicklung und Erarbeitung eines Zielgefühls, welches besser zu einer bestimmten Situation passt

Tabelle 1: Defizite von Basiskompetenzen und deren Behandlungsmöglichkeiten

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass dieses Programm emotionale Kompetenzen fördert. Die Betroffenen sollen lernen, angemessen mit Stress- und Konfliktsituationen umzugehen, indem die entsprechende Situation bewusst bewertet wird und Gefühle richtig wahrgenommen und erkannt werden.

5.3 BPS

Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) ist ein kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm, welches vor allem für den Straf- und Maßregelvollzug in Deutschland eingesetzt wird. Insgesamt werden 80 Sitzungen, eine bis zwei pro Woche, zu je 1,5 Stunden absolviert. Folglich bedeutet dies, dass die Gesamtdauer zwischen eineinhalb und zwei Jahren liegt [42, Seite 15].

Das Programm ist untergliedert in einen deliktunspezifischen (U-Teil) und einen deliktspezifischen Teil (S-Teil) [40]. Den U-Teil können auch Sexualstraftäter absolvieren, die ihre Straftat noch nicht eingestehen wollen [41, Seite 34]. Er eignet sich auch für Gewaltstraftäter zum Training sozialer Kompetenzen. In diesem Teil soll eine therapeutische Beziehung aufgebaut, Ängste abgebaut, die Behandlungsfähigkeit hergestellt und erweitert sowie Rückfallfaktoren, die nicht im Zusammenhang mit dem Strafdelikt stehen, bearbeitet werden [40]. Dazu finden unter anderem Gesprächsverhaltens- sowie Kontakt- und Kommunikationsübungen statt. Außerdem werden Suchtproblematiken bearbeitet, moralisches Handeln und Empathie gefördert, der Umgang mit Stress und Gefühlen bearbeitet und eine Aufklärung über das menschliche Sexualverhalten vorgenommen [1, Seite 432].

Der deliktspezifische S-Teil beschäftigt sich mit der Sexualstraftat [40]. Es wird vorausgesetzt, dass man sich mit dieser auch auseinandersetzt. Dabei wird auf die persönliche Lebensgeschichte und den Ablauf der Straftat eingegangen [40]. Die Straftäter werden außerdem über die Bedeutung von Risikofaktoren und sexuelle Fantasien belehrt und es wird der Einfluss kognitiver Verzerrungen in Verbindung mit Sexualdelikten deutlich gemacht [1, Seite 432]. Weiterhin werden ihm Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Sexualstraftaten und Wünschen, Erwartungen und anderen Ereignissen sowie über den Entwicklungsverlauf von Straftaten vermittelt. Die Gefangenen sollen auch Empathie für das Opfer entwickeln und sich in deren Lage hineinversetzen können und lernen, welche Kurz- und Langzeitfolgen sich für das Opfer ergeben [1, Seite 433]. Abschließend ist es wichtig, aus den vermittelten Kompetenzen und der Analyse mit dem Delikt, einen Plan zur Rückfallprävention zu entwickeln [1, Seite 433].

Die Bedeutung dieser Theorie für die praktische Umsetzung des Programms wurden durch 75 Psychologen, Sozialpädagogen und anderen Mitarbeitern sozialtherapeutischer Einrichtungen und anderen Institutionen mit circa 4 von 5 Punkten als recht hoch eingeschätzt [1, Seite 448]. Das Programm ist relativ einfach zu erlernen und umzusetzen. Es zeichnet sich vor allem durch eine hohe Nützlichkeit und Akzeptanz in der Einrichtung und eine hohe Mitarbeitsbereitschaft der Teilnehmer aus (Abbildung 11) [1, Seite 448].

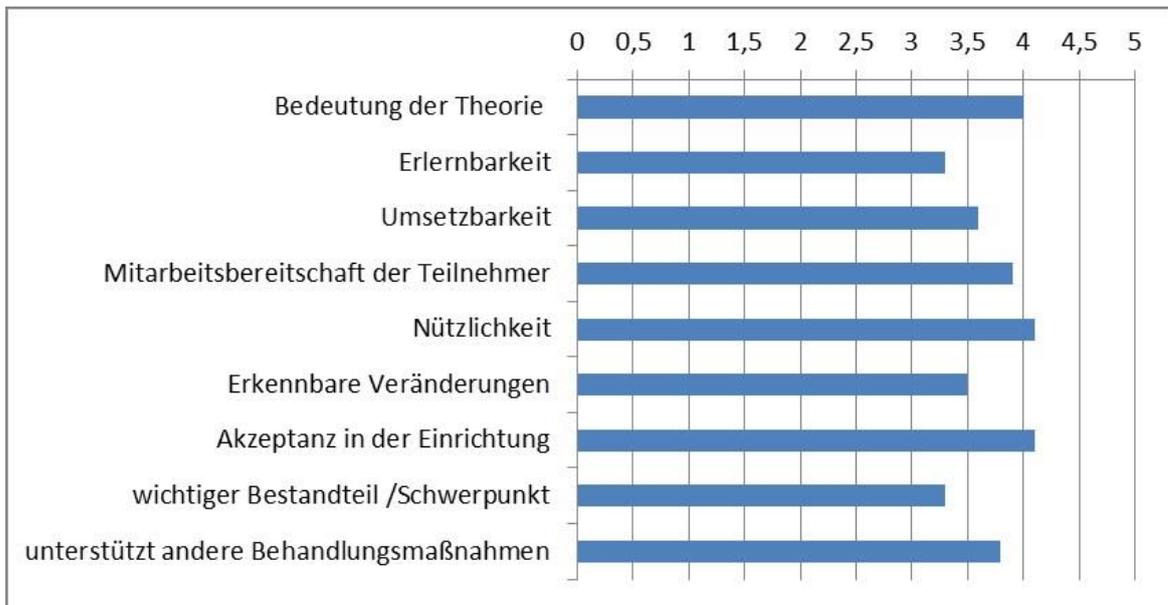


Abbildung 11: Bedeutung der Theorie für die Anwendung des BPS [40]

5.4 BPG

Das Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter (BPG) wurde von Steven Feelgood entwickelt und ist ebenso wie das BPS ein kognitiv-behavioral orientiertes Gruppenprogramm, das für den Strafvollzug entwickelt wurde [42, Seite 19]. Das Behandlungsprogramm umfasst insgesamt 90 Sitzungen. Jede Woche werden zwei bis drei Sitzungen durchgeführt, die jeweils circa zwei Stunden andauern [42, Seite 19].

Die Behandlung umfasst acht Module, die in der nachfolgenden Tabelle dargestellt sind.

Modul	Behandlungsgrund	Behandlungsmaßnahmen /Ziel
Stärkung der Motivation	Ablehnung der Behandlung aufgrund Motivationsmangel	Motivierende Gesprächsführung → Förderung der Motivation und Bereitschaft zur Veränderung
Persönliche Lebensmuster	Ermittlung von Einstellungen, Glaube und Verhaltensmuster des Klienten	Erkennen von Zusammenhängen mit der persönlichen Entwicklung und der Straftat
Deliktszenario	Fehlende Auseinandersetzung mit der Straftat	Aufarbeitung und Geständnis der Straftat

Aggressionsbewältigung	Aggressionen führen oft zum Begehen von Straftaten	Erarbeitung Verhaltensstrategien, Training zur Stressbewältigung, Verbesserung der Selbstbeherrschung → Kontrolle bei Erregung und Ärger
Nichtkriminelles Denken	Gewaltfördernde Einstellungen, Überzeugungen und Denkmuster	Kognitive Umstrukturierung, um prosoziale Einstellungen zu etablieren
Opferempathie	Fehleinschätzung und Fehlerkennung der eigenen Gefühle und der der Opfer	Erkennen der Tatfolgen für das Opfer, Verantwortungsübernahme, Entwicklung von Opferempathie (z.B. durch Opferbrief)
Straftatablauf	Kennenlernen der Lebensumstände	Ermittlung Risikofaktoren, die zur Begehung der Straftat geführt haben könnten
Rückfallprävention	Verhinderung Rückfall	Erarbeitung interner und externer Bewältigungsstrategien für Risikosituationen

Tabelle 2: Module des BPG

Polaschek et. Al untersuchte 2005 die Wirksamkeit des „Violent Offender Treatment Program“ (VOTP) – das Programm zur Behandlung von Gewaltstraftätern – anhand zweier Gruppen (behandelte und unbehandelte Gewaltstraftäter) [42, Seite 20]. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Rate zum Begehen einer erneuten Gewaltstraftat bei behandelten Gewaltverbrechern nur in etwa halb so hoch ist wie bei unbehandelten Gewaltstraftätern (32% vs. 63%) [42, Seite 20]. Auch das Ausüben einer anderen Straftat erfolgte bei den Behandelten im Vergleich zu den Unbehandelten nicht so oft, wenngleich die Unterschiede dabei nicht sehr signifikant sind [42, Seite 20]. Ebenso dauerte die Zeit bis zur erneuten Begehung einer Gewalttat bei den rückfällig gewordenen behandelten Gruppenmitgliedern im Schnitt doppelt so lang an wie bei den rückfällig gewordenen unbehandelten Personen [42, Seite 20].

5.5 Freizeittherapie

Freizeitaktivitäten können zur Resozialisierung beitragen. Diese eignen sich als Gegengewicht zu den Therapie- und Arbeitsstunden und tragen zu einem guten Ausgleich bei. Sie können darüber hinaus die negativen Folgen des Freiheitsentzuges teils kompensieren und die soziale Kompetenz durch kommunikative und teamfördernde Interaktionen erweitern [2, Seite 73]. So werden vor allem durch Teamarbeiten auch Verhaltensweisen angelernt, die prosozial sind. Der Einfluss von verschiedenen Freizeitaktivitäten ist in Tabelle 3 zusammengefasst.

Freizeitaktivität	Positive (sozialtherapeutische) Effekte
Sport	Entspannung, Förderung der Gesundheit, Möglichkeit zur Spannungs- und Aggressionsabfuhr, Akzeptanz von Regeln, Förderung sozialer Interaktionen und Teamfähigkeit, Förderung körperliches Leistungsvermögen, Förderung von Zielsetzungen und einer realistischen Selbsteinschätzung
Freizeitgruppen und -kurse (z.B. Zeichenkurs, Musizieren, Veranstaltungen, kulturelle Aktivitäten)	Erlernung neuer Freizeitbeschäftigungen, Förderung Team- und Kommunikationsfähigkeit und Verantwortungsübernahme, Kontaktherstellung mit der Außenwelt, Erwerb von Planungs- und Organisationskompetenz, Entspannung, Erwerb von Wissen
Nutzung der Infrastruktur des Wohngruppenvollzuges (z.B. Gruppen- oder Küchenräume)	Soziales Lernen, Erwerb sozialer Kompetenz, Kommunikationsförderung, Ausgestaltung des Lebensalltags, Erschaffung von Lebensnähe

Tabelle 3: Freizeitaktivitäten und ihre positiven (sozialtherapeutischen) Auswirkungen

Die Möglichkeiten der Freizeitgestaltungen sind vielfältig und tragen allesamt zu einer positiven Eingliederung für das Leben in Freiheit bei. Das Organisieren von Veranstaltungen wie einer Weihnachtsfeier, gemeinsames Kochen, die Austragung von Sportturnieren oder gemeinsames Musizieren vermitteln Fähigkeiten, die allein sozialtherapeutische Behandlungen nicht bewerkstelligen können. Sie helfen vor allem zur Ergreifung von Eigeninitiative und Selbstgestaltung sowie zur Ausweitung sozialer Kompetenz.

6 Metaanalytische Ergebnisse der sozialtherapeutischen Behandlungseffektivität

Es gibt zahlreiche theoretische Lösungsansätze, um Herausforderungen wie beispielsweise eine geringe Veränderungsbereitschaft von Gefangenen zu überwinden, sowie vielfältige Behandlungsprogramme und andere Konzepte, um letztlich eine erfolgreiche Sozialtherapie zu gewährleisten und Straftäter zu resozialisieren. Die Wirksamkeit ist abhängig von der Rückfälligkeit, aber auch von psychischen und verhaltensbasierten Änderungen. Diese kann anhand der Effektstärke ermittelt werden, die die Veränderungen zwischen Gefangenen, die eine Therapie absolviert haben mit den Insassen des Regelvollzuges vergleicht. Zahlreiche Metaanalysen belegten die Effektivität empirisch und berichten übereinstimmend von mittleren Effektstärken von $r=.12$ (z.B. Drenkhahn, 2007; Spöhr, 2009) [2, Seite 123]. Dies bedeutet, dass die Behandelten sich 12 Prozent mehr positive Veränderungen aneignen, als die Kontrollgruppe [10, Seite 9]. Um die Bedeutsamkeit dieser Effektstärke zu bestimmen, kann Bezug zu anderen Interventionen aus der Medizin vorgenommen werden [10, Seite 9]. Die Behandlung von Depressionen mit allgemeiner Psychotherapie geht mit einer durchschnittlichen Effektstärke von $.65$ einher [10, Seite 9]. Das heißt dass von 100 depressiven Menschen nach der Behandlung 65 Personen psychisch gesünder leben im Vergleich zu 100 unbehandelten Depressiven. Eine mittlere Effektstärke von $r=.44$ wird bei der Behandlung von ehelichen Kommunikationsproblemen erzielt [10, Seite 9]. Auf der anderen Seite fällt die Wirkung bei der Behandlung von Brustkrebs mittels Chemotherapie ($r=.08$) und die Verhinderung von Herzinfarkten durch die Einnahme von Aspirin ($r=.03$) geringer aus als bei der Behandlung von Straftätern durch Sozialtherapien [10, Seite 9]. Vergleicht man diese Beispiele lediglich anhand der Zahlen, so kann man zunächst annehmen, dass die Wirksamkeit der Straftäterbehandlung mit $r=.12$ nicht wirklich hoch ist. Jedoch muss man anmerken, dass der Nachbetrachtungszeitraum bei der Straftäterbehandlung mit fünf Jahren größer ist als bei den meisten anderen Interventionen [10, Seite 9]. Außerdem werden dabei Teilerfolge, wie ein wesentlich schwächerer Rückfall oder die Verlängerung straffreier Intervalle, nicht berücksichtigt [10, Seite 9]. Hinzu kommt, dass Erfolg bei der allgemeinen Psychotherapie häufig über Selbstangaben gemessen werden [10, Seite 9]. Berücksichtigt man diese Faktoren, so lässt sich sagen, dass die Wirksamkeit bei sozialtherapeutischen Eingriffen im Strafvollzug doch beträchtlicher ist, als zunächst angenommen.

Die Rückfälligkeit von Sexualstraftätern könne, relativ betrachtet, durch sozialtherapeutische Interventionen um circa 25 Prozent reduziert werden. Während die einschlägige Rückfallquote unbehandelter Sexualstraftäter bei 18 Prozent liegt, ist diese durch Behandlung auf 13 Prozent gesunken [10, Seite 10]. Dies ergab 1999 eine

umfangreiche Metaanalyse aus 79 Studien und 10.988 Personen (Alexander). Andere darauffolgende Studien aus Nordamerika und Deutschland kamen zu ähnlichen Ergebnissen (Rehder & Suhling, 2008; Hanson & Bussiere, 1998; Gallagher et al., 2001). Im Jahr 2015 wurde die letzte umfassende Metaanalyse zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern anhand der Wirksamkeit psychotherapeutischer beziehungsweise psychologischen Behandlungsprogrammen veröffentlicht (Schmucker & Lösel). Es wurden die Rückfalldaten von 4939 behandelten Sexualstraftätern mit den Daten von 5448 unbehandelten Vergleichsprobanden verglichen [15, Seite 14]. Man kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die sexuell motivierte Rückfälligkeit bei den behandelten Gefangenen im Vergleich zu den unbehandelten Klienten circa um ein Viertel gesunken ist, diesmal von etwa 14 Prozent auf 10 Prozent [15, Seite 14]. Damit liegt der prozentuale Anteil an rückfällig gewordenen Sexualstraftätern dieser Untersuchung niedriger als die Ergebnisse, die die Metaanalyse von Alexander 1999 hervorgebracht haben. (unbehandelt: 18% vs. 14% beziehungsweise behandelt: 13% vs. 10%).

Zu den Rückfallquoten von unbehandelten und behandelten Gewaltstraftätern liegen bisher wenig Forschungsergebnisse vor [42, Seite 12]. Cortoni, Nunes und Latendresse kamen 2006 zu dem Ergebnis, dass Gewaltverbrecher, die keine Therapie absolvierten, eine 2,1 Mal höhere Rückfälligkeit aufweisen als behandelte Inhaftierte [42, Seite 12]. Außerdem ermittelten Polaschek, Wilson, Townsend und Daly (2005), dass die Zeitspanne zwischen Entlassung und Delikt bei behandelten Gefangenen höher ist als bei unbehandelten Straftätern [42, Seite 12].

Weiterhin zeigten Metaanalysen, dass Behandlungen, die sich eng am RNR-Modell orientieren, mit einer bis zu 30 prozentigen niedrigeren Rückfallquote einhergehen im Vergleich zu Nichtbehandelten [2, Seite 11]. Besonders effektiv seien kognitiv-behaviorale sozialtherapeutische Interventionen (Lösel, 1999; Wischka, 2001; Andrews & Bonta, 2010). Unspezifische Behandlungen, die nicht die Individualität berücksichtigen, können unter Umständen dagegen sogar ein erhöhtes Rückfallrisiko mit sich bringen [1, Seite 103].

In einer von Andrews und Bonta (2010) erhobenen Metaanalyse über 374 kontrollierte Behandlungsstudien wird der positive Einfluss der drei Prinzipien Risiko, Bedürfnisse und Ansprechbarkeit sehr stark deutlich. Es ergab sich eine mittlere Effektstärke von $r=.28$, wenn alle drei Prinzipien erfüllt sind, eine mittlere Effektstärke von $r=.18$, wenn zwei Prinzipien erfüllt sind und $r=.02$ beziehungsweise $r=-.02$, wenn nur ein oder gar kein Prinzip einbezogen wird [1, Seite 105].

Abbildung 12 zeigt unter anderem die unterschiedlichen Effekte zwischen Sexual- („Sex Offenders“) und Gewaltstraftäter („Violent“). Erstere erzielen einen doppelt so hohen Behandlungserfolg bezüglich der Rückfälligkeit, wenn alle drei Prinzipien des RNR-Modells eingehalten werden (STICS, 2015). Bei zwei eingehaltenen Prinzipien ergeben sich dagegen bessere Effekte bei den Gewaltverbrechern. Werden dagegen die Grundsätze allesamt ignoriert, so resultiert der höchste negative Effekt bei den Sexualstraftätern.

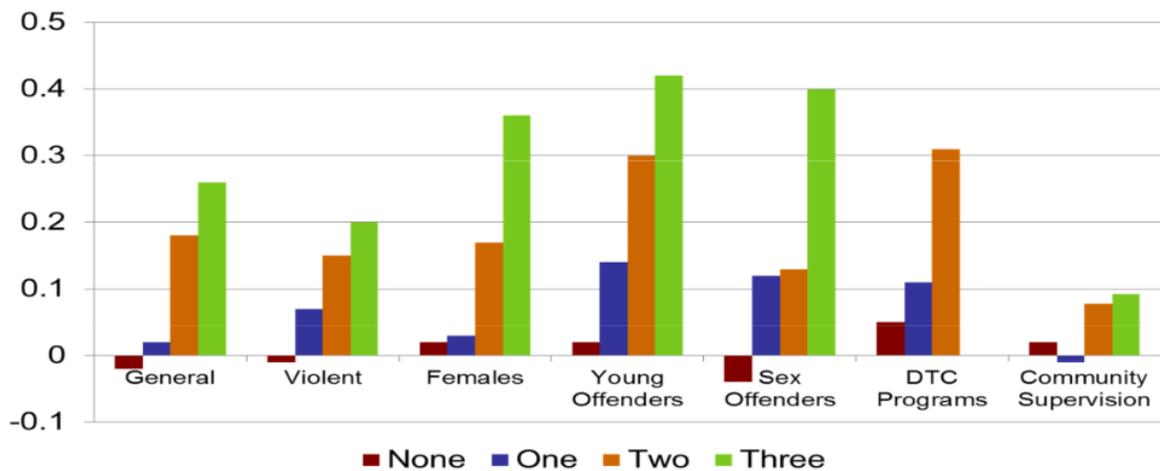


Abbildung 12: Einhaltung der RNR-Grundsätze und deren Auswirkungen auf den Rückfall [44, Seite 5]

Bei der einzelnen Betrachtung der drei Prinzipien (Abbildung 13) ist erkennbar, dass das Einhalten des Prinzips der Ansprechbarkeit den größten Effekt einer erfolgreichen Behandlung ausmacht. Jedoch kommt auch dem Bedürfnisprinzip eine wesentliche Bedeutung zu, da ein Nichteinhalten dieses Prinzips sogar eine negative Effektgröße zur Folge hat.

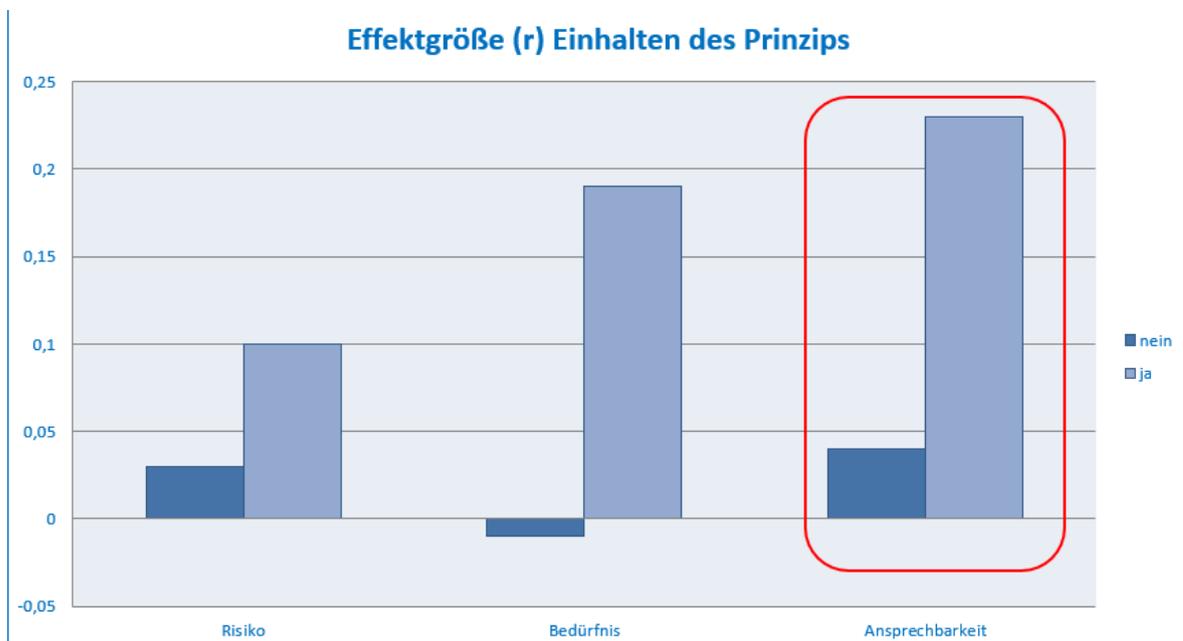


Abbildung 13: Andrews, Dowden & Gendreau (1999): Effektgröße (r) Einhalten des Prinzips [16, Seite 28]

Für die Wirksamkeit des GLM gibt es dagegen nur wenig empirische Studien und damit keine metaanalytischen Ergebnisse. Dies liegt vor allem daran, dass das Modell noch relativ jung ist und keine strikten, formalisierten Richtlinien für Interventionen preisgegeben werden [45]. Vielmehr dient es als Orientierungshilfe [18, Seite 128]. Oftmals werden

Fallbeispiele und Fallstudien in Betracht bezogen, die das Modell anhand einzelner Straftäter beurteilen und somit wenig aussagekräftig bezüglich der Bewertung der Effektivität sind [45]. Es gibt keine großangelegten Untersuchungen, die dieses Modell mit dem RNR-Modell hinsichtlich ihrer direkten Auswirkungen auf die Rückfallquote vergleichen. Kleinere Evaluationen berichten davon, dass GLM-basierte Ansätze im Vergleich zu Risikomanagementansätzen mit einer erhöhten Motivation, besseren Bewältigungskompetenz und sozialen Integration nach der Behandlung und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, die Behandlung abzuschließen, einhergehen (Simons, McCullar, Tyler, 2006) [43]. Diese und andere existente Studien zum GLM beziehen sich oftmals auf die Wahrnehmung des Programms durch die Therapeuten, die Motivation des Täters oder andere psychometrische Bewertungskriterien. Eine der wenigen Studien, die sich auf die Rückfallquote beziehen, entstammt aus dem Jahre 2011 (Marshall, Marshall, Serran und O'Brien). Dabei wurde ein Programm für Sexualstraftäter (Rockwood Primary Programme) hinsichtlich der Rückfalldaten von 535 Klienten ausgewertet, welches sich eng auf die Konzepte des GLM bezieht [43]. Forscher ermittelten, dass die Rückfallquote bei einem Nachbetrachtungszeitraum von 5,4 Jahre beziehungsweise 8,4 Jahren 3,2% und 5,6% beträgt und damit deutlich unter den durchschnittlichen Rückfallraten (Hanson et.al., 2002) liegt [43]. Jedoch ist es noch zu früh, um beurteilen zu können, welche Wirkung das GLM wirklich erzielen kann und inwiefern sich dieses vom RNR-Modell hinsichtlich seiner Effektivität unterscheiden. Inzwischen werden in mehreren Länder, wie den USA und Kanada Methoden des GLM übernommen und Evaluationen durchgeführt [45]. Dementsprechend werden zu gegebener Zeit mittel- und längerfristige Ergebnisse von GLM-konformen Programmen vorliegen.

7 Zusammenfassung und Fazit

7.1 Zusammenfassung

Der sozialtherapeutischen Behandlung kam in den letzten Jahrzehnten und Jahren eine immer größere Bedeutung zu. Gesetzesänderungen hatten einen massiven Ausbau von neuen Einrichtungen zufolge. Heute existieren 71 von diesen, nie zuvor waren es mehr. Vordergründiges Ziel ist die Resozialisierung von Straftätern. Auch die Ausübung geringer schwerwiegende Delikte beziehungsweise die Verlängerung straffreier Intervalle können sozialtherapeutische Erfolge darstellen. Bestenfalls führen diese Erfolge dann nicht nur zur Legalbewährung der Gefangenen, sondern auch zur Sozialbewährung, die durch soziale Integration und supererogatives Verhalten gekennzeichnet ist [47]. Am wahrscheinlichsten können diese Ziele erfüllt werden, wenn sozialtherapeutische Behandlungen integrativ und individuell gestaltet werden. Therapien sollten nicht nach dem „Gießkannenprinzip“ von statten gehen, sondern charakteristische, persönliche und lebensgeschichtliche Faktoren der Insassen berücksichtigen. Auf dieser Grundlage wurden zwei Modelle entwickelt, die diese Bedingungen erfüllen. Zum einen existiert das „Risk-Need-Responsivity-Modell“ (RNR), welches sich auf das Risikomanagement fokussiert. Dabei soll die Höhe der Gefährlichkeit, individuelle und kriminalitätsfördernde Risikofaktoren sowie Behandlungshindernisse herausgearbeitet werden, um eine auf den Gefangenen zugeschnittene Behandlung zu gewährleisten. Aus Gründen des Motivationsmangels bei der Anwendung dieses Modells, welcher mit einer hohen Abbruchquote einhergeht, wurde ein alternatives, stärkenbasiertes Modell entwickelt. Es handelt sich dabei um das „Good Lives Modell“ (GLM), welches einen positiv psychologischen Ansatz verfolgt, und die Bedürfnisse als primäre Güter der Gefangenen in den Mittelpunkt stellt. Den Fokus nicht auf Vermeidungs-, sondern auf Annäherungszielen zu setzen, soll die Veränderungsbereitschaft und -motivation der Klienten fördern beziehungsweise bei Insassen anregen, die sich zunächst einer Teilnahme an einer sozialtherapeutischen Behandlung verweigern. Neben der Berücksichtigung der Komponenten des GLM sind auch geeignete Rahmenbedingungen und die Bearbeitung von Ambivalenzen wichtige Faktoren für die Überwindung des Motivationsmangels. Andere Herausforderungen sind der Umgang mit antisozialen Persönlichkeiten und älteren Gefangenen. Vor allem ersteres stellt die Therapeuten vor große Probleme. Neben dem Aspekt der Motivation weisen die Betroffenen teilweise große Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen auf. Diese negative Entwicklung hat sich oftmals über Jahre im Kindes- und Jugendalter durch Vernachlässigung, Gewalt und anderen entwicklungshemmenden Faktoren ergeben. Aus diesem Grund und aus dem Umstand des schwierigen Umganges mit antisozialen Persönlichkeiten können auch schon kleinere Verbesserungen oder die Stagnation der negativen Entwicklung ein Gewinn bedeuten. An mangelnder Vielfalt an Behandlungsprogrammen für die Therapie liegt ausbleibender Erfolg jedoch nicht. Es gibt

zahlreiche Programme, die die unterschiedlichsten Defizite und Täterschaften behandeln. Für die Behandlung von Sexualstraftätern beziehungsweise Gewaltstraftätern wurde das BPS und GPS entwickelt. Emotionsregulationsstörungen können durch das Training emotionaler Kompetenzen abgebaut werden und das R&R-Training kann antisoziale Einstellungen bekämpfen. Für ihre jeweilige Wirksamkeit der in dieser Arbeit dargestellten Behandlungsprogramme gibt es zahlreiche Studien, die insgesamt einen positiven Effekt bescheinigen. Um die Wirksamkeit der Behandlung in sozialtherapeutischen Einrichtungen als Ganzes zu beurteilen, werden Metaanalysen entwickelt. Untersuchungen ergaben übereinstimmend einen mittleren Behandlungseffekt von $r=.12$, wobei Behandlungen bei Gewaltstraftätern insgesamt erfolgreicher sind als bei Sexualstraftätern. Effektiv sind vor allem Behandlungen nach dem RNR-Modell, wenn alle Prinzipien erfüllt werden. Wie hoch die Wirksamkeit des GLM ist, ist dagegen noch nicht ausreichend empirisch belegt. Dies liegt vor allem daran, dass das GLM noch recht jung ist und erst allmählich Behandlungen nach dem GLM angeboten und Evaluationen durchgeführt werden.

7.2 Fazit

Metaanalysen haben ergeben, dass sich die Rückfälligkeit in den letzten Jahren reduziert hat. Seit etwa den 1990er Jahren zeigt sich zumindest in den westlichen Ländern im Bereich der Gewalt- und Sexualdelinquenz sowohl bei den Kriminalitäts- als auch bei den Rückfallraten ein substantieller Rückgang, wobei die Gründe hierfür nach wie vor nicht vollständig geklärt sind [15, Seite 13]. Es wird diskutiert, welche Aspekte dafür den Ausschlag geben. Infrage kommen gesamtgesellschaftliche Veränderungen wie beispielsweise eine geringere Armut, verbesserte Bildungsmöglichkeiten oder bessere Einkommensverteilungen [15, Seite 13]. Des Weiteren könnte die demografische Entwicklung hin zu einer älter werdenden Bevölkerung oder die Verbesserung der medikamentösen Behandlungsoptionen vor allem im psychischen Bereich zu einer Senkung der Rückfälligkeit beitragen [15, Seite 13]. Andere mögliche Gründe sind die Abschreckungseffekte durch eine zunehmend repressive Kriminalpolitik oder die bessere ambulante wie stationäre Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen [15, Seite 13]. Bewiesen ist dagegen, dass sozialtherapeutische Behandlungen einen positiven Effekt zeigen und die Rückfallquote senken, wenngleich keine Wunder zu erwarten sind. Absolut gesehen fällt die Rückfallquote zwischen unbehandelten und behandelten Sexualstraftätern nur um wenige Prozentpunkte. Relativ betrachtet sind es allerdings Unterschiede von circa 25 Prozent. Dieser Wert klingt dann schon wesentlich signifikanter und kann auch auf die bedeutenden Fortschritte der letzten zwei Jahrzehnte zurückgeführt werden. Besonders kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme entfalten eine große Wirkung. Die Erforschung von Kriminalität und der Möglichkeiten geeigneter Interventionsmethoden sind ein bedeutender Faktor für die Reduzierung von Kriminalitäts- und Rückfallraten [15, Seite 13] und haben schon viele erfolgreiche Behandlungsprogramme hervorgebracht. Auch in der Zukunft bedarf es weiterer Erkenntnisse, vor allem im Hinblick auf schwer zu behandelte Klienten wie antisoziale Persönlichkeiten. Zu erforschen ist, welche Maßnahmen bei wem unter welchen Bedingungen bei welcher Tätergruppe wirken [15, Seite 15]. Und dann stellt

sich immer noch die Frage, warum etwas wirkt [15, Seite 15]. Allerdings werden trotz aller Bemühungen Grenzen hinsichtlich der Resozialisierbarkeit auftreten. Dies gilt in erster Linie für Menschen, die nur schwer umgänglich und zu überzeugen sind und keine Vorteile für eine Veränderung sehen, beispielsweise aufgrund mangelnder Perspektive nach der Haftentlassung. Für einen Teil dieser Klienten wird die stärkenbasierte und zielorientierte Anwendung des GLM zum Erfolg führen können, aber niemals für alle. Eine hundertprozentige Quote für eine erfolgreiche Resozialisierung erscheint sowieso utopisch. Doch schon die derzeitigen Ergebnisse rechtfertigen ganz klar solche Interventionen und zeigen, dass Sozialtherapie im Strafvollzug ein wesentliches Instrument zur Senkung der Rückfälligkeit ist [3]. Für eine maximale Effektivität sind neben der Forschung auch gute Rahmenbedingungen und ein positiv therapeutisches Klima vonnöten. Regelmäßige Schulungen und Weiterbildungen seitens der Therapeuten können ebenfalls zu einer wirksameren Behandlung führen. Denn letztendlich trägt jede Verhinderung eines erneuten Begehens schwerer Gewalt- und Sexualdelikte zum Schutz der Gesellschaft und potenzieller Opfer bei.

Anlagen

- CD mit der Bachelorarbeit im PDF-Format

Literatur

- [1] Wischka, Bernd (2015); Pecher, Willi; van den Boogaart, Hilde: Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung. – 2. Auflage. - Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media (Studien und Materialien zum Straf- und Massregelvollzug, v.26), 2015. Online verfügbar unter <https://www.springer.com/de/book/9783862261406>.
- [2] Justizvollzugsanstalt Ludwigshafen am Rhein: Konzeption der Justizvollzugsanstalt – sozialtherapeutische Anstalt - Ludwigshafen. Online verfügbar unter https://jvalu.justiz.rlp.de/fileadmin/justiz/.../Behandlungskonzept_SothA_LU.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [3] Wikipedia (Hg.) (2018): Sozialtherapeutische Anstalt. Online verfügbar unter <https://de.wikipedia.org/w/index.php?oldid=178027913>, zuletzt aktualisiert am 28.07.2018, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [4] KrimZ: Sozialtherapie im Strafvollzug 2017. Online verfügbar unter <https://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/BM-Online/bm-online12.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [5] Sozialtherapeutisches Zentrum: Das Ziel – der Weg. Online verfügbar unter <http://www.haus-bruderhilfe.net/HHB/Sozialtherapie-Ziel.html>, zuletzt aktualisiert am 30.01.2018, zuletzt geprüft am 11.08.2018.
- [6] Waldheim, Justizvollzugsanstalt (2018): Justizvollzugsanstalt Waldheim - Sozialtherapeutische Abteilung. Online verfügbar unter <https://www.justiz.sachsen.de/jvawh/content/593.htm>, zuletzt aktualisiert am 09.08.2018, zuletzt geprüft am 11.08.2018.
- [7] Justizvollzugsanstalt Lingen (2016): Sozialtherapie in der Justizvollzugsanstalt Lingen. Online verfügbar unter <https://www.jva-lingen.niedersachsen.de/behandlung/sozialtherapie/sozialtherapie-82113.html>, zuletzt aktualisiert am 06.09.2016, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [8] SothA - Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V.: Der Verein - Mindestanforderungen. Online verfügbar unter <http://sotha.de/de/verein/mindestanforderungen.html>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [9] Justizvollzugsanstalt Willich 1: Sozialtherapeutische Abteilung. Online verfügbar unter <http://www.jva->

- willich1.nrw.de/aufgaben/betreuung_behandlung/Sotha/index.php, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [10] Niedersächsisches Justizministerium: Sozialtherapie im niedersächsischen Justizvollzug. Rahmenkonzept. Online verfügbar unter https://www.mj.niedersachsen.de/download/56054/zum_Downloaden.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [11] Lin-LDAV-2: JVA-Lingen_Behandlung_SothA_LinkD. Online verfügbar unter <https://www.jva-lingen.niedersachsen.de/servlets/download?C=48031227&L=20>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [12] Schwanengel, Florian; Endres, Johann: Kriminaltherapeutische Straftäterbehandlung. Theoretische Modelle und praktische Umsetzungen. Hg. v. ResearchGate. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Johann_Endres/publication/305317018_Kriminaltherapeutische_Straftaterbehandlung_Theoretische_Modelle_und_praktische_Umsetzungen/links/5788b22b08aedc252a972aa5/Kriminaltherapeutische-Straftaeterbehandlung-Theoretische-Modelle-und-praktische-Umsetzungen.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [13] Endres, Johann: Forschungsergebnisse zur Behandlung von Straftätern. Online verfügbar unter [https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/77FBBB2AA50CF435412579BA0042D2B1/\\$file/Vortrag_Endres_2012-03-02.pdf](https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/77FBBB2AA50CF435412579BA0042D2B1/$file/Vortrag_Endres_2012-03-02.pdf), zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [14] Hess, Samuel: Bachelorarbeit - Die Anwendung des Risk-Need-Responsivity Modells und des Good Lives Modells am forensischen Institut Ostschweiz. 2014.-S. 4-17
Zürich, Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Angewandte Psychologie, Bachelorarbeit, 1987. Online verfügbar unter https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/757/1/Hess_Samuel.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [15] Rettenberger, Martin: Behandlungsansätze im Strafvollzug und deren Wirksamkeit. Online nicht verfügbar
- [16] Feelgood, Steven: The Good Life – Das „Good Lives“ Modell und seine Bedeutung für Behandlung im Justizvollzug. Online verfügbar unter: www.bvaj.de/docs/Hessen/07FeelgoodGoodLife.pptx, zuletzt geprüft am 12.08.2018
- [17] Tobias Mushoff: Sozialtherapie am Ende? Online verfügbar unter <http://www.forum-recht-online.de/2005/405/405mushoff.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.

- [18] Göbbels, Svenja; Ward, Tony; Willis, Gwenda M. (2013): Die Rehabilitation von Straftätern. In: *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 7 (2), S. 122–132. DOI: 10.1007/s11757-013-0210-y.
- [19] Ruess, Matthias: „Good Lives“-Modell. Online verfügbar unter <https://verband-bsw.de/sites/default/files/archivaktuell/2015-05-18.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [20] Briken, Peer; von Franqué, Fritjof: Das „Good Lives Model“ (GLM). Online verfügbar unter <https://rd.springer.com/article/10.1007/s11757-012-0196-x>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [21] Wormith, Stephen: RNR and GLM: Shall (or should) ever the twain meet?. Online verfügbar unter https://www.usask.ca/cfbsjs/documents/SW_RNR_GLM.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [22] Herzog-Evans, Martine: GLM v. RNR again... psychologists or PO... & human rights issues in probation. Online verfügbar unter <http://herzog-evans.com/glm-v-rnr-again-psychologists-or-po-human-rights-issues-in-probation/>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [23] Serin, Ralph; Lloyd, Caleb: Understanding the Risk Need, Responsivity (RNR) model and crime desistance perspective and integrating them into correctional practice. Online verfügbar unter <https://carleton.ca/cjdml/wp-content/uploads/Crime-desistance-and-RNR-final.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [24] Lernen und Gedächtnis – einfach erklärt. Intrinsische Motivation - Lernpsychologie. Online verfügbar unter <http://www.lernpsychologie.net/motivation/intrinsische-motivation>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [25] Wikipedia (Hg.) (2018): Intrinsische Motivation. Online verfügbar unter <https://de.wikipedia.org/w/index.php?oldid=168869735>, zuletzt aktualisiert am 28.07.2018, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [26] Czerner, Frank: Digitale Forensik: Kriminologie – Folien SoSe 2015. Online verfügbar unter <https://download.hs-mittweida.de/intranet/Lehre/Sw/Czerner/Digitale%20Forensik/LV-R-Kriminologie.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [27] Karrierebibel: Intrinsische Motivation: Diese Faktoren fördern sie. Online verfügbar unter <https://karrierebibel.de/intrinsische-motivation/>, zuletzt aktualisiert am 11.08.2018, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [28] Stangl, Werner: therapeutische Allianz. Online verfügbar unter <http://lexikon.stangl.eu/15022/therapeutische-allianz/>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.

- [29] Wikipedia (Hg.) (2018): Therapeutische Allianz. Online verfügbar unter <https://de.wikipedia.org/w/index.php?oldid=168868524>, zuletzt aktualisiert am 27.07.2018, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [30] Sachse, Rainer: Möglichkeiten und Grenzen der Motivierung von Klienten im Therapieprozess (2011). Online verfügbar unter http://www.ipp-bochum.de/das_ausbildungskonzept/skk-grenzen.htm, zuletzt aktualisiert am 14.08.2011, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [31] Sachse, Rainer; Langens, Thomas; Sachse, Meike: Klienten motivieren: Therapeutische Strategien zur Stärkung der Änderungsbereitschaft. Online verfügbar unter https://www.psychiatrie-verlag.de/fileadmin/storage/dokumente/Diverse/ZusatzmaterialService/Buecher/PV/543_Klienten_motivieren/543_3Nachwort-Grenzen_der_Motivierung.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [32] Therapie.de: Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Online verfügbar unter <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/persoenlichkeitsstoerungen/anti-sozial/>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [33] Wikipedia (Hg.) (2018): Dissoziale Persönlichkeitsstörung. Online verfügbar unter <https://de.wikipedia.org/w/index.php?oldid=177920672>, zuletzt aktualisiert am 10.08.2018, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [34] Online, FOCUS (2016): Darum sinkt das Durchschnittsalter der Deutschen erstmals seit 26 Jahren. Online verfügbar unter https://www.focus.de/wissen/mensch/verjuengungstrend-in-der-bundesrepublik-durchschnittsalter-sinkt-deutschland-ist-erstmals-seit-26-jahren-juenger-geworden_id_5948844.html, zuletzt aktualisiert am 16.09.2016, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [35] Bildung, Bundeszentrale für politische Bildung (2018): Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur | bpb. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>, zuletzt aktualisiert am 11.08.2018, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [36] Ross, Robert: Skillstraining-Reasoning & Rehabilitation 2 (R&R 2). Online verfügbar unter https://www.klinik-nette-gut.de/typo3conf/ext/as_templates/einrichtungen/klinik-nette-gut/downloads/Praesentation_Robert_Ross.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [37] vitos: Vorstellung des Behandlungskonzeptes – Reasoning and Rehabilitation (R&R). Online verfügbar unter <http://www.bvaj.de/ReasoningandRehabilitation.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.

- [38] Psychologie- Wissen Kompakt: Training emotionaler Kompetenzen (TEK) nach Berking (2008). Online verfügbar unter <https://psychowissen.jimdo.com/training-emotionaler-kompetenzen-tek-nach-berking/>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [39] Kerschl, Victoria: TEK – Training emotionaler Kompetenzen in der Suchttherapie. Online verfügbar unter http://www.therapiehilfe.de/rl/tl_files/pdfs/TEK%20Artikel%20von%2012-2010.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [40] BPS-R – iftr.info: Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter in der revidierten Form (BPS-R) Online verfügbar unter <https://iftr.info/bps-r/>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [41] Manzinger, Katharina: Einstellungsänderung (deliktspezifisch) von Sexualstraftätern durch psychotherapeutische Behandlungskonzepte in sozialtherapeutischen Abteilungen. – 2010. – S. 28-37
München, Universität, Philosophie, Dissertation, 2010.
Online verfügbar unter https://edoc.ub.uni-muenchen.de/11857/5/Manzinger_Katharina.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [42] Morawietz, Farina: Behandlungswirksamkeit bei Gewalt- und Sexualstraftätern. - 2012. -S. 14-21.
Heidelberg, Universität, Fakultät für Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften, Dissertation, 2012.
Online verfügbar unter http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/13657/1/Dissertation_Morawietz.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [43] Ward, Tony; Willis, Gwenda M.: (PDF) The Good Lives Model: Does It Work? Preliminary Evidence. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/286826077_The_Good_Lives_Model_Does_It_Work_Preliminary_Evidence, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [44] Åhlén, Sarah: Krimstics – an evidence based method of adhering to the RNR principles when working with clients. Online verfügbar unter <https://www.cep-probation.org/wp-content/uploads/CEP-Expert-meeting-on-apps-in-probation-presentation-by-Krimstics.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [45] Andrews, D. A.; Bonta, James; Wormith, J. Stephen (2011): The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model. In: *Criminal Justice and Behavior* 38 (7), S. 735–755. DOI: 10.1177/0093854811406356.
- [46] Wikiversity: Motivation and emotion/Book/2017/Good Lives Model of offender rehabilitation. Online verfügbar unter

https://en.wikiversity.org/wiki/Motivation_and_emotion/Book/2017/Good_Lives_Model_of_offender_rehabilitation, zuletzt geprüft am 12.08.2018.

- [47] Karteikarte.com: Sozialbewährung. Online verfügbar unter <https://www.karteikarte.com/card/2040558/sozialbewaehrung>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- [48] StGB (idF v. 15.05.1871) § 61
- [49] SächsStVollzG (idF v. 16.05.2013) § 3 Abs. 5 und 6
- [50] DocCheck Medical Services GmbH (2018): Metaanalyse. Online verfügbar unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Metaanalyse>, zuletzt aktualisiert am 21.08.2018, zuletzt geprüft am 23.08.2018.
- [51] StVollzG (idF v. 01.01.1977) § 9 Abs. 2 und 3
- [52] Wikipedia (Hg.) (2018): Ambivalenz. Online verfügbar unter <https://de.wikipedia.org/w/index.php?oldid=175627965>, zuletzt aktualisiert am 10.08.2018, zuletzt geprüft am 23.08.2018.

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Mittweida, den 06.09.2018

Clemens Müller