

Susanne Niemz

Sozialtherapie in Deutschland : eine Zwischenbilanz

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit der Gesellschaft für Fortbildung der Strafvollzugsbediensteten e.V.

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Niemz, S. (2014). Sozialtherapie in Deutschland : eine Zwischenbilanz. *Forum Strafvollzug* 63(2014), 4, S. 212–217. URN: urn:nbn:de:hebis:2378-opus-1517

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung – keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of Use:

This document is made available under a Deposit Licence (No redistribution – no modifications). We grant a non-exclusive, nontransferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, noncommercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact

URL: krimpub.krimz.de

E-Mail: krimpub@krimz.de

KrimPub

Dokumentenserver der Kriminologischen Zentralstelle

Sozialtherapie in Deutschland – Eine Zwischenbilanz¹

Susanne Niemz

1 Die Rechtsgrundlagen

Der gesetzliche Rahmen für die Regelung der Sozialtherapie liegt seit der Föderalismusreform im September 2006 in den Händen der Länder. Von der Möglichkeit, eigene Strafvollzugsgesetze auch im Erwachsenenbereich zu erlassen, haben bislang Baden-Württemberg (JVollzG), Bayern (BayStVollzG), Brandenburg (BbgJVollzG), Hamburg (HmbStVollzG), Hessen (HStVollzG), Mecklenburg-Vorpommern (StVollzG M-V), Niedersachsen (NJVollzG), Rheinland-Pfalz (LJVollzG, RP), Saarland (SLStVollzG), Sachsen (SächsStVollzG) und Thüringen (ThürJVollzG) Gebrauch gemacht.

In allen anderen Bundesländern gilt nach wie vor das Strafvollzugsgesetz des Bundes (StVollzG), nach dem durch das Gesetz zur „Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ vom 26. Januar 1998 u.a. § 9 StVollzG über die Aufnahme von Sexualstraftätern und anderen Gefangenen in eine sozialtherapeutische Einrichtung neben der bisherigen freiwilligen eine verpflichtende Vollzugslösung gemäß § 9 I StVollzG ergänzt wurde. Nach der seit 1. Januar 2003 geltenden Fassung des § 9 I StVollzG ist ein Sexualstraftäter dann in eine sozialtherapeutische Einrichtung zu verlegen, wenn er „zu zeitiger Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden ist und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt [...] angezeigt ist.“ (Therapiepflicht) Darüber hinaus regelt § 9 II StVollzG im Sinne eines Wahlzugangs, dass andere Gefangene „mit ihrer Zustimmung in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden [können], wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der Anstalt zu ihrer Resozialisierung angezeigt sind.“

Ein Blick auf die länderspezifischen Regelungen zeigt, dass die Mehrzahl

der Länder sich von der einseitigen Deliktorientierung auf Sexualstraftäter (in Kombination mit einer Mindestfreiheitsstrafe) weitgehend gelöst hat und stattdessen die Gefährlichkeit des Täters für eine sozialtherapeutische Behandlung zugrunde legt. Insofern bleibt abzuwarten, ob der Anteil der wegen Sexualdelikten Verurteilten im Sinne einer Sonderstellung sich weiter reduziert, denn obwohl sich bereits seit 2008 eine kontinuierliche Abnahme dieser Klientelgruppe abzeichnet, stellt sie weiterhin mit zuletzt 51,6 % die größte Gruppe dar. Betrachtet man den Sexualdeliktschwerpunkt dieser Gefangenen genauer, so zeigt sich, dass sich gleichsam punktgenau das Verhältnis zwischen der bis dato größten Gruppe der wegen Vergewaltigung bzw. sexueller Nötigung Verurteilten zugunsten der Gruppe der wegen sexuellen Kindesmissbrauch Verurteilten verkehrt hat (Niemz 2013: 17 ff.). Als Auslöser für diese vollzugspolitische Wende kann ein verändertes Sicherheitsdenken in der Kriminalpolitik ausgemacht werden, das vor allem auf der Forderung nach mehr Schutz vor (vermeintlich) gefährlichen (Sexual-)Straftätern beruht. Trotz medial entsprechend spektakulär aufbereiteten Einzelfällen sind Sexualstraftäter aus kriminologischer Sicht jedoch nicht überdurchschnittlich stark rückfallgefährdet (vgl. dazu auch Rehn 2001).

2 Empirische Bestandsaufnahme

Am 31.03.2013 standen in Deutschland insgesamt 2.348 sozialtherapeutische Haftplätze in 66 sozialtherapeutischen Einrichtungen zur Verfügung: Für männliche Strafgefangene stehen in 41 Einrichtungen 1.715 Plätze zur Verfügung, 476 Plätze in 21 Einrichtungen sind für (männliche) Jugendstrafgefangene vorgesehen und vier Abteilungen

können maximal 57 weibliche Klienten aufnehmen.

Dabei handelt es sich um 7 selbstständige und 59 unselbstständige Einrichtungen. Hinter letzterer Organisationsform verbergen sich größtenteils Abteilungen (57) und zwei organisatorisch zugeordnete Außenstellen bzw. Teilabteilungen. Die selbstständigen Einrichtungen wurden alle – bis auf Hamburg (2000) und Halle (2001)² – 1980 oder früher eröffnet. Die meisten Einrichtungen befinden sich in Bayern (14) und Niedersachsen (11), gefolgt von Nordrhein-Westfalen (9) sowie Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (jeweils 4; vgl. Niemz 2013).

Setzt man diesen Ist-Zustand der SothA-Plätze zum 31.03.2013 mit der absoluten Haftplatzanzahl länderspezifisch (vgl. Tab. 1) in Relation,³ so ergeben sich hinsichtlich des Anteils sozialtherapeutischer Plätze große Differenzen (vgl. Abb. 1). Vor allem die großen Länder (mit Ausnahme Niedersachsens (6.830)) hinsichtlich der Haftplatzkapazitäten wie Bayern (11.892), Baden-Württemberg (7.793) und Nordrhein-Westfalen (19.241) sowie Hessen (5.933) weisen einen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 3 % niedrigeren Anteil an sozialtherapeutischen Haftplätzen auf. Besonders hohe Anteile sozialtherapeutischer Plätze in Bezug auf die Gesamtkapazität an Haftplätzen zeigen die Stadtstaaten: Lässt man die Vereinbarung mit Bremen unberücksichtigt, befindet sich in Hamburg jeder 7,5. Haftplatz in der Sozialtherapie (vgl. Abb. 1).

In der Praxis erhöhen sich derzeit wegen der allgemein niedrigen Gesamtauslastung von bundesweit lediglich 73 % zum Stichtag 31.03.2013 sicherlich grundsätzlich die Chancen auf eine sozialtherapeutische Behandlung (vgl. auch das Zitat in Abschnitt 3). Seit dem Gesetz zur bundesrechtlichen

Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I, 2425) dürfte sich der Ausbau sozialtherapeutischer Haftplätze jedoch insofern für die „Ursprungsklientel“ relativieren, als dass dadurch die Vollzugseinrichtungen bei Gefangenen mit (angeordneter bzw. vorbehaltener) Sicherungsverwahrung zukünftig größere Anstrengungen unternehmen müssen, um diese für eine individualisierte Therapie auch tatsächlich zu gewinnen, so dass von einer (zumindest zwischenzeitlichen) Mitnutzung der Sozialtherapie von Sicherungsverwahrten auszugehen ist, sofern nicht tatsächlich eigene Therapieangebote für diese („neue“) Klientel an den jeweiligen Unterbringungsorten etabliert werden. Von den 2.080 Gefangenen in sozialtherapeutischen Einrichtungen am 31.03.2013 wurde bei 80 Insassen bereits Sicherungsverwahrung vollzogen (3,8 %), bei weiteren 85 Gefangenen ist diese Maßregel bereits angeordnet (4,1 %; Niemz 2013: Tabelle 5e). Im bisherigen Zeitverlauf zeigt sich eine leichte Zunahme dieser Klientel (so

machten sie 2011 knapp 7 % der SothA-Gefangenen, 2012 bereits 7,7 % und 2013 fast 8 % aus) – nicht zuletzt infolge des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 4. Mai 2011 (vgl. BVerfG, 2 BvR 2365/09) wird mit weiteren Steigerungen zu rechnen sein.

Aus einer vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Auftrag gegebenen übergreifenden „Evaluation der sozialtherapeutischen Behandlung im Justizvollzug“ werden im Folgenden überblicksartig gewonnene Erkenntnisse referiert. Datengrundlage sind sowohl quantitative Einrichtungsbefragungen als auch ergänzend-vertiefende qualitative Befragungen in den Sozialtherapien sowie eine umfassende Analyse ihrer Behandlungskonzepte.

3 Das Einweisungsverfahren

Entsprechend den (Landes-)Gesetzen muss eine sozialtherapeutische Behandlung angezeigt sein. Was das für die Auswahl der Probanden bedeutet, wird in der Regel nicht näher definiert, so

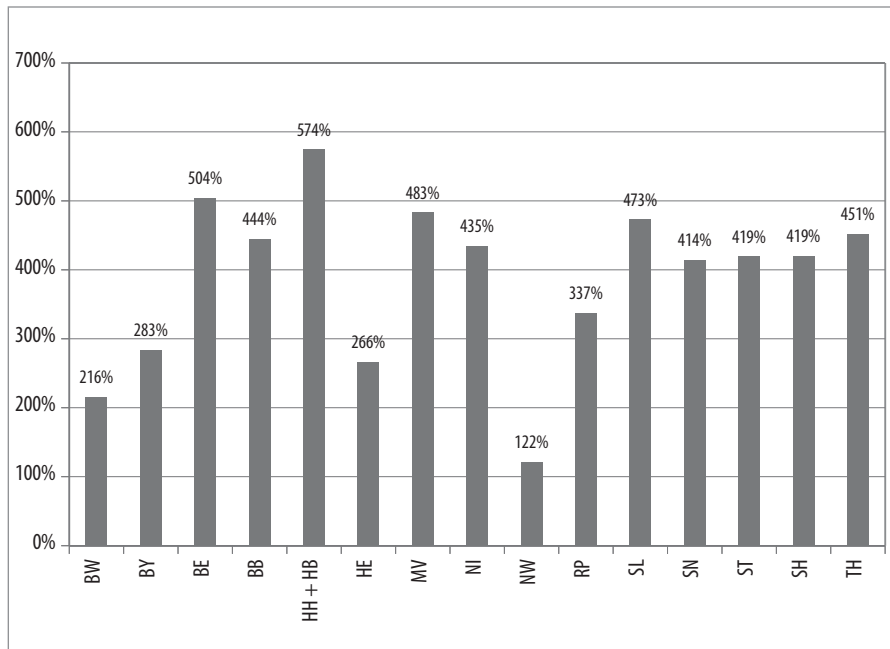
dass sich in der Vollzugspraxis um konkrete Kriterien für eine standardisierte Indikationsprüfung einer Verlegung in die SothA bemüht wird, so bspw. vom „Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug“ 2007.

Unabhängig von den gesetzlichen Vorschriften empfiehlt es sich, alle Gefangenen bei Haftantritt zunächst einer zentralen Diagnostik (Indikationsprüfung) zu unterziehen, damit auf dieser Grundlage eine (Nicht-)Empfehlung für die Sozialtherapie ausgesprochen und die Einweisung in die dementsprechende Einrichtung vorgenommen werden kann. Ausgehend von einer individuellen Delinquenzhypothese können aus den Diagnosebefunden die individuellen Vollzugsziele abgeleitet werden, die der Minimierung des Rückfallrisikos dienen sollen. Auch bei denjenigen, die von Gesetzes wegen einer Therapiepflicht unterliegen, sind auf diese Weise mögliche Motivationsprobleme etc. bereits im Vorfeld zu erkennen und entsprechend abbaubar.

Tabelle 1: Situation der (sozialtherapeutischen) Haftplatzkapazitäten und der tatsächlichen Belegung (länderbezogen) zum 31.03.2013

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

Abbildung 1: Anteil der sozialtherapeutischen Haftplätze (länderbezogen) zum 31.03.2013



Grundsätzlich ist für die Angezeigtheitsprüfung jene Justizvollzugsanstalt zuständig, in der sich der Gefangene zu Beginn der Haftzeit (laut Vollstreckungsplan) befindet und die den (ersten) Vollzugsplan erstellt. In der Regel prüft der Psychologische Dienst, ggf. auch nach vorgegebenen landeseinheitlichen Standards in Form eines Indikationsbogens (z.B. BY, MV, RP). Über eine Verlegung entscheidet in der Mehrzahl der Fälle die aufnehmende sozialtherapeutische Einrichtung – gemeinsam bzw. in Rücksprache – mit der Regel-Anstalt. In einigen Ländern (z.B. BB, BE, BW, HE, MV, NI, NRW, TH) gibt es eine zentrale Einweisungsabteilung, die – gleichsam spezialisiert auf Diagnostik – zumindest bei bestimmten Straftätergruppen die Behandlungsuntersuchung durchführt, im Zuge dessen wird auch die SothA-Indikation geprüft und werden Behandlungsempfehlungen ausgesprochen.

4 Phasen des SothA-Aufenthalts

Über die Hälfte der SothAs (65,5 %) ermöglichen ihren Bewerbern eine „Aufnahme auf Probe“ (Orientierungs-/Vorbereitungsphase), damit sich beide Parteien ein Bild voneinander machen und die tatsächliche Eignung prüfen

können; lediglich vier Einrichtungen (6,9 %) bieten keine Probezeit an, 16 machten keine Angaben (27,6 %). Die Probezeit kann entweder in die erste Phase der Behandlung (Vorbereitungsphase) integriert sein oder noch vor dieser stattfinden. In manchen Einrichtungen findet die Probezeit in einer speziellen Wohngruppe statt, in anderen werden die Häftlinge direkt in den normalen Ablauf eingebunden. Wie lang sich diese Probezeit gestaltet, fällt sehr unterschiedlich aus und kann von einer Woche bis 6 Monate reichen (Ø 2,7 bis 2,9 Monate). Im Durchschnitt haben SothAs in Sachsen-Anhalt die kürzeste Probezeit (rund ein Monat) und rheinlandpfälzische die längste (6 Monate). Hinsichtlich der Klientel haben Frauen-SothAs die kürzeste Probezeit (2 Monate), gefolgt von Jugendlichen (2,6 Monate) und Männern (3,7 Monate).

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

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

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

Wird ein Häftling durch sein Verhalten untragbar und/oder bricht er von sich aus die weitere Behandlung ab, muss er rückverlegt werden. Die Kriterien und Abläufe, die für einen solchen Fall vorgesehen sind, werden von 39 Einrichtungen benannt und ausgeführt (67,2 %). Meistens werden als Rückverlegungsgründe massive Verstöße gegen die Hausordnung, Drogenkonsum, Übergriffe und ausdrückliche Behandlungsresistenz angegeben. Die Quote der durch die SothA in den Regelvollzug zurückverlegten Gefangenen zwischen 1997 und 2013 beträgt durchschnittlich knapp ein Drittel – und liegt damit deutlich über den von den Gefangenen selbst gestellten Rückverlegungsanträgen. Rückverlegte Gefangene erhalten einen Eintrag über den misslungenen sozialtherapeutischen Behandlungsversuch in ihre Gefangenenpersonalakte; dies kann sich ungünstig auf ihre weitere Legalprognose auswirken. Allerdings verhindert ein abgebrochener

SothA-Versuch eine erneute Aufnahme nicht zwangsläufig. Ein Grund für eine erneute Aufnahme bzw. großzügigere Auswahlpraxis ist auch in äußeren Umständen wie (die in vielen Bundesländern) tendenziell rückläufigen Gefangenzahlen zu erblicken:

Je (.) weniger Bewerbungen wir kriegen, desto eher neigen wir natürlich auch dazu, dann auch mal Leuten eine Chance zu geben, die wir vor zwei Jahren noch abgelehnt hätten. Aber da die Anzahl der Bewerbungen ja auch geringer geworden ist (.) und wir natürlich auch irgendwie ein paar Insassen hier im Haus haben wollen, so oder-, oder {schnauft} ähm es vielleicht ja auch dann mal Stimmen geben könnte, so von wegen: „Wieso haben denn die SothA erst erweitert, wenn sie jetzt doch nur halb gefüllt ist?“ So, ne? /!/: Mhm/ Und eventuell dann Bestrebungen in eine Richtung gehen könnten, die wir natürlich nicht wollen, ähm sind wir natürlich schon geneigt, dem einen oder andern auch eine zweite Chance zu geben. (Psychologin)

Treten Probleme auf (z.B. psychiatrische Erkrankungen) oder fügt sich der Insasse nicht wie vorgesehen in den Alltag ein, sollte als mildere Maßnahme die Möglichkeit einer kurzzeitigen Unterbrechung (Time-out-Phase) des SothA-Aufenthaltes bestehen. Dies dient sowohl als Disziplinarmaßnahme als auch als regulierend und versorgend eingreifende Maßnahme, um eine weitere sozialtherapeutische Behandlung zu ermöglichen. Dieses Mittel nutzen lediglich 12 Einrichtungen (20,7%); die restlichen benennen diese Option in ihren Konzepten nicht (79,3%).

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

5 Integrative Sozialtherapie: Behandlungsausrichtung und -programme

Die zentrale Aufgabe der Sozialtherapeutischen Abteilungen/Anstalten (SothA) besteht in der angemessenen Behandlung inhaftierter Straftäter, um deren Rückfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren. Dementsprechend sollte gerade darauf viel Wert gelegt werden. Zu berücksichtigen sind neben den RNR-Prinzipien⁴ der Behandlung (Andrews & Bonta 2010), dass zwischen möglichst individualisierten Maßnahmen zur passgenauen Behandlung Einzelner dennoch nach gleichen psychologischen und sozialtherapeutischen Grundsätzen – auch im Sinne einer untereinander vergleichbaren Methodik – gehandelt wird.

Hinsichtlich der Behandlungsausrichtung der untersuchten Einrichtungen lässt sich anhand der Konzepte zunächst feststellen, dass in der Auswertung für das Jahr 2011 sieben dazu keine Angaben machten (12,1%). Der Großteil der Einrichtungen (90,3%) behandelt (auch) nach einem kognitiv-

behavioralen Ansatz, über die Hälfte (54,9%) ausschließlich danach; nur vier SothAs (6,9%) beziehen sich nicht auf diesen Ansatz. Weitere Ausrichtungen sind tiefenpsychologisch (27,5%), psychoanalytisch/-dynamisch (27,5%) und systemtherapeutisch (11,8%). In 23 Einrichtungen (45,1%) basieren die Behandlungsmaßnahmen auf zwei oder mehreren Grundlagen.

Im Vergleich zu den Konzepten lag 2012 in 55 Einrichtungen (87,3%) der Behandlungsschwerpunkt auf kognitiv-behavioralen Methoden, in 39 ausschließlich (61,9%). Allerdings bezogen sich nunmehr 7 SothAs (11,1%) nicht mehr darauf; möglicherweise sind diese durch die fehlenden Angaben in den Konzepten durch die Befragung gezwungen worden, ihren Ansatz zu konkretisieren. 6 Einrichtungen arbeiten ausschließlich nach dem tiefenpsychologischen Ansatz (9,5%). Auch scheint die Behandlungsvielfalt zurückgegangen sein: Nur noch 18 Einrichtungen (28,6%) verfolgen mehrere Ausrichtungen (vgl. Tab. 2).

Alle untersuchten Einrichtungen bieten sowohl Einzel- als auch Gruppenbehandlungsmaßnahmen an, wobei letzteres den Standard darstellt. Einzelmaßnahmen dienen vor allem als Ergänzung oder zusätzliche Option für Häftlinge, die im Gruppensetting nicht vollständig erreicht werden können. Als Einzelmaßnahmen bieten alle Einrichtungen Einzelgespräche (mit verschiedenen Berufsgruppen) und/oder Psychotherapie an. Explizit von

Tabelle 2: Systematisierung der Behandlungsschwerpunkte

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

einem Psychotherapeuten durchgeführte Angebote ermöglichen gemäß ihren Konzepten immerhin 14 SothA (24,1 %). Erwartungsgemäß werden die Gruppenangebote vor allem von den anderen Berufsgruppen angeboten. Die Einzelbehandlung bei einem Psychologen beträgt durchschnittlich kaum mehr als wöchentlich etwa ein bis zwei Stunden; gleiches gilt für die Einzelbehandlung, die nicht von einem Psychologen durchgeführt wird. Wie erwartet erfolgt die Behandlung vorrangig über Gruppenmaßnahmen, die durchschnittlich wöchentlich zwischen mindestens 2,1 und maximal 4,6 Stunden dauern und vor allem auch von Nicht-Psychologen angeboten werden.

Bezüglich der Gruppenbehandlungsprogramme bleibt das Programm für Sexualstraftäter (BPS; Spöhr 2009: 95 f.) das am meisten angewendete Programm. Allerdings zeigt sich auch ein hoher Prozentsatz von „sonstigen“ Gruppenbehandlungsprogrammen, was eine große Heterogenität vermuten lässt. Von den 80,3 % der Einrichtungen, die ein sonstiges Behandlungsprogramm anbieten, hat etwa ein Drittel (31,1 %) ein zweites „sonstiges Behandlungsprogramm“. Zudem wurde häufig von der Möglichkeit zu Anmerkungen dahingehend Gebrauch gemacht, dass die standardisierten Gruppenbehandlungsprogramme modifiziert worden seien bzw. sich daran angelehnt werde. Was genau warum und wie modifiziert worden ist, wurde dabei nicht genannt. Auch anhand der Konzepte war bspw. nicht genau ersichtlich, wo der Unterschied zwischen Deliktorientierter Gruppe, Deliktorientiertem Training, Deliktorientierter Gruppentherapie, Deliktorientierter Trainingsgruppe u.Ä. besteht – zumal meist nicht geklärt wird, auf welcher Basis diese Behandlungen aufbauen und worin ihre Spezifität liegt.

Durchschnittlich werden 2,8 Behandlungsprogramme pro Einrichtung angeboten. Neben den strukturierten Behandlungsprogrammen wie dem BPS (57,4 %), dem Behandlungsprogramm für Gewaltstraftäter (BPG 29,5 %), dem

Sex Offender Treatment Programme (SOTP 19,7 %), dem Anti-Aggressivitäts-Training (AAT 18 %), dem Reasoning & Rehabilitation Programme (R&R 14,8 %) und dem Behandlungsprogramm für inhaftierte Gewaltstraftäter (BIG 13,1 %) wird vor allem im Bereich der Fähigkeiten und Kompetenzen (45,9 % inkl. GSV) angesetzt, gefolgt von Prävention & Rückfall (37,7 % inkl. AAT) und Sexualität & Geschlechterrollen (37,7 % inkl. SOTP) sowie anderweitiger deliktspezifischer Gruppen (32,8 % inkl. BIG).

6 Fazit

Verallgemeinernde Aussagen zur Sozialtherapie in Deutschland sind aufgrund der großen Heterogenität schwierig zu treffen. Einerseits bedingen allein die unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen verschiedene länderspezifische Ausgestaltungsmöglichkeiten; die Verabschiedung weiterer Landesstrafvollzugsgesetze ist zu erwarten (z.B. NRW, SH).

Andererseits muss jedoch bei näherer Betrachtung auch innerhalb eines Bundeslandes von einer großen Spannbreite zwischen den einzelnen sozialtherapeutischen Einrichtungen ausgegangen werden, die sich teilweise auf bestimmte Behandlungsrichtungen und/oder auch auf einzelne Klientelgruppen spezialisiert haben. So sehen bspw. ausnahmslos auch alle Jugendstrafvollzugsgesetze – wenngleich zum Teil unterschiedliche – Vorschriften für die sozialtherapeutische Behandlung von jungen Straftätern vor. Zudem bekräftigte das Deutsche Bundesverfassungsgericht im Zuge der europäischen Rechtsprechung zur Sicherungsverwahrung im bereits erwähnten Urteil das Abstandsgebot,⁵ das einen deutlichen Unterschied zwischen dem Freiheitsentzug bei Vollstreckung der Sicherungsverwahrung als Maßregel zum Zwecke der Prävention weiterer Straftaten und dem Freiheitsentzug im Rahmen der Verbüßung einer zeitigen Haftstrafe als schuldangemessene Sanktion sicherstellen soll. Auch insofern ist von einem weiteren Ausbau, verbunden

mit einer weiteren Differenzierung der Ausgestaltung und Behandlungsangebote auszugehen.

Auch deshalb erscheint nach derzeitigem Forschungsstand eine einrichtungs- und programmübergreifende Evaluation (mit einheitlichem Untersuchungsdesign und psychologischen Testbatterien) hinsichtlich der Wirksamkeit sozialtherapeutischer Behandlung im Sinne einer signifikanten Reduktion des Rückfallrisikos als zwingend notwendig.

Literatur

Andrews, Donald A. / Bonta, James (2010): *The psychology of criminal conduct*. Providence, NJ: LexisNexis Anderson.

Arbeitskreis „Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug“ e.V. (2007): *Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung. Indikationen zur Verlegung. Revidierte Empfehlungen des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V.* Forum Strafvollzug 56, S. 100-103. Auch verfügbar unter: <http://www.arbeitskreis-sozialtherapeutische-anstalten.de/mitglieder/viewtopic.php?f=4&t=39> [06.06.2014]

Arbeitskreis „Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug“ e.V. (2011): *Sozialtherapie und Sicherungsverwahrung – Empfehlungen. Kriminalpädagogische Praxis (KrimPäd)* 39 (47), S. 68-70. Auch verfügbar unter: <http://www.arbeitskreis-sozialtherapeutische-anstalten.de/mitglieder/viewtopic.php?f=4&t=39&view=previous> [06.06.2014]

Rehn, Gerhard (2001): *Chancen und Risiken – Erwartungen an das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten*. In: Rehn, Gerhard / Wischka, Bernd / Lösel, Friedrich / Walter, Michael (Hrsg.): *Behandlung „gefährlicher Straftäter“! Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. Herbolzheim: Centaurus, S. 26-35.

Niemz, Susanne (2013): *Sozialtherapie im Strafvollzug 2013. Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.03.2013*. Wiesbaden: KrimZ. Verfügbar unter: http://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/forschung/texte/Sozialtherapie_im_Strafvollzug_2013.pdf [04.06.2014]

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

Statistisches Bundesamt (2014a): Rechtspflege. Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres. Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahrtePDF_5243201.pdf?__blob=publicationFile [13.05.2014]

Statistisches Bundesamt (2014b): Rechtspflege. Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31. März 2013. Wiesbaden: Fachserie 10, Reihe 4.1. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug2100410137004.pdf?__blob=publicationFile [13.05.2014]

1 Die Entwicklung der Sozialtherapie in Deutschland von den beiden ersten im Jahr 1969 bis zuletzt 66 Einrichtungen mit insgesamt 2.348 verfügbaren sozialtherapeutischen Haftplätzen ist in der von der Kriminologischen Zentralstelle e.V. jährlich seit 1997 durchgeführten „Stichtagserhebung zur Zusammensetzung der Strafgefangenen und des Personals in den Sozialtherapeutischen Einrichtungen im Justizvollzug“ nachzulesen (zuletzt Niemz 2013). Ziel dieser Umfrage ist die Erfassung zentraler Eckdaten der Sozialtherapie im Justizvollzug, um deren Stand und Entwicklung dokumentieren zu können.

2 Die 2001 eröffnete Sozialtherapeutische Anstalt Halle wurde so umstrukturiert, dass sie nunmehr seit der Stichtagserhebung zum 31.03.2010 als Abteilung fungiert.

3 SothA-Quote = Anzahl der SothA-Haftplätze / Anzahl der Haftplätze insgesamt * 100 (länderbezogen) → eigene Berechnungen aus Statistisches Bundesamt 2014a und 2014b sowie Niemz 2013.

4 Die Abkürzung RNR steht für das Risiko-, Bedürfnis und Ansprechbarkeitsprinzip (risk-, need-, responsivity-principle), die sich als empirisch gesicherte Kerngrundsätze effektiver Behandlung durchgesetzt haben. Nach dem Risikoprinzip sollten Behandlungsmaßnahmen in ihrer Intensität auf das Kriminalitätsrisiko bzw. die Gefährlichkeit des jeweiligen Täters abgestimmt werden (wer ist zu behandeln?). Nach dem Bedürfnisprinzip sollten

die Behandlungsziele den dynamischen Risikofaktoren entsprechen (was ist zu behandeln?). Nach dem Ansprechbarkeitsprinzip sollte die Art der Behandlung die individuellen Besonderheiten des Klienten (wie z.B. kognitive Fähigkeiten, Motivation, kultureller Hintergrund) berücksichtigen (wie ist zu behandeln?).

5 Der Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug (2011) entwickelte daraufhin spezifische Empfehlungen für Gefangene mit Sicherungsverwahrung.



Dipl.-Soz. Susanne Niemz, M.A.
Kriminologischer Dienst des Landes Brandenburg
susanne.kaesler-niemz@mdj.brandenburg.de

Wer, wenn nicht wir? Zur Leistungsfähigkeit der Sozialtherapie

Peter Fistéra

Der folgende Beitrag ist eine gekürzte Fassung eines Vortrages, den der Autor im Rahmen der 14. überregionalen Fachtagung Sozialtherapeutischer Einrichtungen im Justizvollzug am 16. Oktober 2013 in Lübeck gehalten hat und der insofern unmittelbar an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialtherapeutischer Einrichtungen gerichtet war.

Die erste Fachtagung dieser Art, die vor 27 Jahren in Bad Gandersheim stattfand, war dem Schwerpunktthema „Mindestanforderungen“ gewidmet, das auch in diesem Vortrag von zentraler Bedeutung ist. Damals haben wir damit begonnen, Mindestanforderungen zu formulieren und sie in den folgenden Jahren konkretisiert. Diese Mindestanforderungen sind in die Fachliteratur und in die Planungspapiere der Justizverwaltungen eingegangen, waren Grundlage bei der Schaffung

neuer Einrichtungen, allerdings häufig mit Luft nach oben. In den letzten 10 Jahren ist sogar „tendenziell eine Abnahme der Einhaltung dieser Standards festzustellen“ (Egg und Niemz 2012:12). Gerhard Rehn sagte in seinem Festbeitrag zum 10 jährigen Bestehen der Sozialtherapie in der JVA Lübeck: „Ich habe den Eindruck, es handelt sich bei den nunmehr 63 Einrichtungen, davon 56 unselbständige, um eine Flotte überwiegend kleiner Schiffe, Boote eher, die in rauer See Schwierigkeiten haben, auf dem Kurs der integrativen Sozialtherapie zu bleiben.“

Wenn diese Beschreibung zutreffend ist, dann ist das Thema, das mir vorgegeben wurde, naheliegend und es führt mich zur Thematik der 1. Fachtagung zurück. Welche Faktoren sind entscheidend, damit Sozialtherapie gelingen, damit Sozialtherapie ihren Auftrag erfüllen kann und erfüllt?

Die Bedeutung des sozialtherapeutischen Personals für eine starke Sozialtherapie

Eine ganze Reihe von Faktoren lassen sich benennen, die sich auf die Arbeit in

den Sozialtherapeutischen Einrichtungen stärkend, aber auch schwächend auswirken können. Da sind u.a. die schon erwähnten Mindestanforderungen und der Grad ihrer Realisierung, da sind neue gesetzliche Regelungen,