

Diagnostik und Behandlung von Hochrisikotätern in Sachsen

Erfahrungen mit der Qualitätssicherung von Diagnostik und Behandlung von Gefangenen mit angeordneter Sicherungsverwahrung und Sicherungsverwahrten

SYLVETTE HINZ • MAJA MEISCHNER-AL-MOUSAWI • SVEN HARTENSTEIN

Die im Urteil des Bundesverfassungsgerichts formulierten Prinzipien (BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 04. Mai 2011 – 2 BvR 2365/09 – BVerfGE 128, 326) stellen die Praxis vor große Herausforderungen. Diese bestanden in einem ersten Schritt in der Sicherstellung der baulichen Gegebenheiten (Abstandsgebot). Der für die Praxis weitaus interessantere Teil bestand und besteht in der Übersetzung des gesetzlichen Auftrages in konkrete Konzepte für Diagnostik, Prognose und Behandlung. Mögliche Hilfestellungen oder Wege werden dazu kaum öffentlich diskutiert.

Dieser Beitrag stellt dar, welche Lösungen im Sächsischen Justizvollzug für die skizzierten Probleme der Behandlung und Begutachtung von Hochrisikotätern gefunden wurden und berichtet über Erfahrungen bei der Umsetzung.

Rahmenbedingungen

Nach dem Urteil des BVerfG vom 04.05.2011 wurden auch in den jeweiligen Landesgesetzen zum Vollzug der Sicherungsverwahrung im Wesentlichen 7 „Gebote“ vorgegeben.

Mit dem Ultima-ratio-Prinzip ist formuliert, dass die Sicherungsverwahrung (SV) nur das letzte Mittel sein darf, um die Gesellschaft vor gefährlichen Straftätern zu schützen. Die SV stellt ein „Sonderopfer“ dar, denn die Untergebrachten haben ihre Strafe für die begangenen Taten bereits verbüßt. Deshalb ist der Vollzug der SV und auch die einer Sicherungsverwahrung vorausgehende Haftstrafe so auszuge-

stalten, dass eine Entlassung des Verurteilten möglich wird. Letzteres wird als Freiheitsgebot formuliert. Als Voraussetzungen für eine Entlassbarkeit sieht der Gesetzgeber eine individuelle und intensive Behandlung (Intensivierungs- und Individualisierungsgebot) vor – gegebenenfalls in Anwendung aller zur Verfügung stehenden therapeutischen Mittel. Diese müssen, sollten vorhandene Verfahren nicht ausreichen, neu entwickelt werden. Der Inhaftierte bzw. Sicherungsverwahrte ist zudem zu jeder Zeit zur Teilnahme an den Maßnahmen zu motivieren (Motivierungsgebot). Die Sicherungsverwahrung ist deutlich vom Strafvollzug abzugrenzen (Trennungs- und Abstandsgebot) und klar therapeutisch darauf auszurichten, die

von den Untergebrachten ausgehende Gefahr zu minimieren und auf diese Weise die Dauer der Freiheitsentziehung auf das unbedingt erforderliche Maß zu reduzieren (Minimierungsgebot). Darüber hinaus regeln das Rechtsschutz- und das Unterstützungsgebot die Inanspruchnahme von bspw. Pflichtverteidigern bei Rechtsbeschwerden. Last but not least ist durch das Kontrollgebot vorgeschrieben, die Fortdauer einer Sicherungsverwahrung mindestens jährlich gerichtlich zu überprüfen. Anhaltspunkte für eine Aussetzungsreife gebieten eine unverzügliche gesonderte Überprüfung. Die jährliche Überprüfung geht in der Regel mit einer Begutachtung durch einen Sachverständigen einher.

Besondere Herausforderungen der Behandlung von Hochrisikotätern

Hochrisikotäter werden als solche bezeichnet, wenn sie auf Grund ihrer Straftat und des eingeschätzten Rückfallrisikos ein hohes Rechtsgut bedrohen, also etwa die sexuelle Selbstbestimmung oder das Leben eines Menschen. Hochrisikotäter zeichnen sich darüber hinaus dadurch aus, dass sie viele kriminalprognostisch relevante Faktoren auf sich vereinen, die durch Behandlung nicht beeinflussbar sind (statische Faktoren). Viele Hochrisikotäter können sich auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur gut in autoritären, eng strukturierten Institutionsrahmen (wie es das Gefängnis darstellt) anpassen, sodass bei langen Haftzeiten und „beanstandungsfreiem Verhalten“ nur sehr schwer Rückschlüsse auf tatsächlich rückfallrelevante Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu ziehen sind.

Aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes und in der Folge auch aus dem Sächsischen Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz ergeben sich formelle Voraussetzungen: „Der Vollzug ist therapiegerichtet und freiheitsorientiert auszugestalten. Die Untergebrachten sind individuell und intensiv zu betreuen. Fähigkeiten, die sie für ein selbstbestimmtes Leben in Freiheit und sozialer Verantwortung benötigen, sind zu erhalten und zu fördern.“ (§ 3 Abs. 2 Sächsisches Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz)

Das Sächsische Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz gibt vor, welches Ziel zu erreichen sei, nämlich die Verringerung der Gefährlichkeit. Fraglich bleibt dabei, wann dieses Ziel im Einzelfall erreicht ist, das heißt wo die Grenze zwischen einem zu hohen und einem tragbaren Risiko zu ziehen ist. Bei Hochrisikotätern ist zumindest statistisch betrachtet keine „Besserung“ im Sinne einer Annäherung an ein Nullrisiko für einschlägige Rückfälligkeit möglich – auch die 20 % Schwelle dürfte in den seltensten Fällen unterschritten werden. Deshalb sollten Ziel der Behandlung und Verantwortung des Justizvollzugs darin bestehen, im Übergang aus der Haft oder Unterbringung ein tragfähiges individuelles Konzept für das Management des „Rest“risikos des einzelnen Täters zu entwickeln. Dieses Risikomanagement besteht idealerweise aus personalen (Bewusstheit über Risiken, Verhaltensbereitschaften, Hilfeplan in Notfällen etc.), institutionellen (forensische Nachsorge, Begleitung durch die JVA etc.) und Umweltbedingungen (Wohnrichtung, Kontrolle und Anleitung durch Führungsaufsicht etc.).

Merkmale der Inhaftierten mit angeordneter SV und der Sicherungsverwahrten

Die aktuell 55 Klienten (davon 36 Sicherungsverwahrte) im sächsischen Justizvollzug sind zwischen 32 und 77 Jahre alt. Der Mittelwert beträgt 52 Jahre. Sie befinden sich zwischen 8 Monaten und 24 Jahren in Haft und haben bereits bis zu 11 Vorstrafen verbüßt. Von den 55 Klienten sind 10 ausschließlich wegen eines Sexualdeliktes, 14 wegen eines Gewaltdeliktes und 29 wegen eines Gewalt- und Sexualdeliktes verurteilt. Es zeigen sich z. T. erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten, die über die Beschreibung als dissozial und/oder psychopathisch weit hinausgehen. Dazu gehören Suchtproblematiken, Störungen der Sexualpräferenz, Angststörungen, Zwangsstörungen, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis usw. Mehrfachdiagnosen treten gehäuft auf. Mindestens die Hälfte der Klienten hat fünfzig Prozent ihres Lebens nach Erreichen der Strafmündigkeit im Vollzug verbracht. Inwieweit Schäden durch die langjährigen Unterbringungen im Justizvollzug entstanden sind, bleibt offen. Die häufige Beschreibung paranoider und schizoider Persönlichkeitsanteile lässt diesbezüglich zumindest Fragen entstehen. Gerade bei einer Vollzugsdauer von mehr als 10 Jahren sind Hospitalisierungsschäden zu diskutieren.

Ableitungen aus den besonderen Herausforderungen für die Umsetzung des Behandlungsauftrages

Insbesondere leiten sich aus den gesetzlichen Vorgaben für die in der Praxis arbeitenden Behandler und Gutachter folgende

Fragen ab: Wieviel von was ist intensiv? Wie spezifisch ist individuell? Wieviel Freiheit ist freiheitsorientiert?

Diese Fragen stellen die Vollzugspraktiker vor eine große Herausforderung, denn bisher waren die Basis behandlerischer Arbeit im Strafvollzug standardisierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme, die insbesondere die Sicherungsverwahrten mitunter bereits mehrere Male während ihrer Vorinhaftierungen durchlaufen haben. Die Gründe, warum diese Täter dennoch wieder mehrfach rückfällig wurden, sind vielgestaltig. Ein Grund dafür, dass standardisierte Programme allenfalls sehr eingeschränkt wirksam sind, könnte sein, dass sie in den speziellen, hier diskutierten Fällen nicht den individuellen Problembereich beachten oder auch nicht beachten können. Damit wäre eine wichtige der von Andrews und Bonta (2010) postulierten Voraussetzungen für die Wirksamkeit kriminaltherapeutischer Interventionen, die Needs (individuelle kriminogene Faktoren), nicht beachtet (siehe Abb. 1).

Eine weitere Frage – „Wieviel Kreativität kann und darf es geben?“ – ergibt sich aus dem folgenden im Gesetz formulierten Anspruch: „Soweit standardisierte Therapiemethoden nicht ausreichen oder keinen Erfolg versprechen, sind individuell zugeschnittene Behandlungsangebote zu unterbreiten.“ (§ 15 Abs. 2 Sächsisches Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz)

Mit welchem Wagnis und mit welchem ethischen Anspruch setzen wir neue, wissenschaftlich nicht geprüfte Behandlungsmethoden ein, von denen wir nicht wissen, ob sie überhaupt wirksam sind oder möglicherweise sogar schaden?

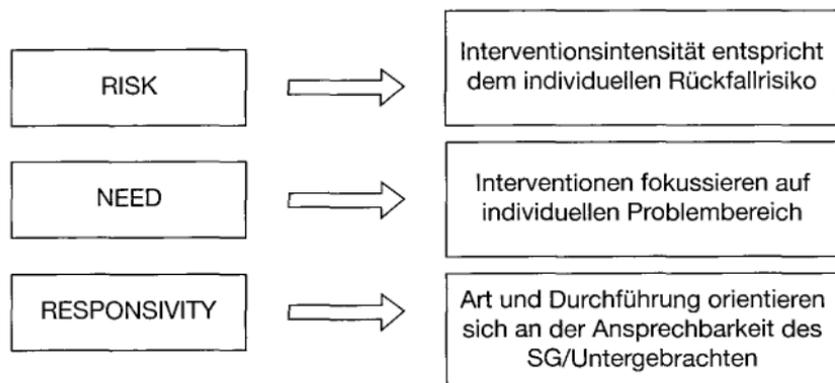


Abb. 1: Zentrale Wirksamkeitsprinzipien in der Straftäterbehandlung – das RNR-Modell (Andrews & Bonta, 2010)

Um eine hohe Qualität einer Behandlung, die den o. g. Geboten des Gesetzgebers Rechnung trägt, zu erreichen, braucht es also zuerst eine „Übersetzung“ der juristischen Begriffe in eine therapeutische Nomenklatur. Unsere Erfahrungen mit zahlreichen Sachverständigengutachten und Beschlüssen von Vollstreckungskammern zur Frage, ob der Untergebrachte intensiv und individuell sowie freiheitsorientiert behandelt wird, ist, dass sich die vielen am Prozess der Urteilsfindung Beteiligten mitunter nicht auf eine Definition zu den Begrifflichkeiten einigen können. Dies liegt neben vielen anderen Gründen auch an den unterschiedlichen Professionen.

Einem hohen Risiko muss mit einer hohen Intensität von Maßnahmen begegnet werden, von denen der Inhaftierte oder Untergebrachte tatsächlich profitieren kann. Letzteres heißt auch, nicht nach dem Gießkannenprinzip validierte Gruppenprogramme über bspw. Sexualstraf-täter zu „gießen“, sondern die individuelle Problematik zu erfassen, eine tragfähige Delinquenzhypothese auf der Mikro- und

Makroebene zu erstellen und Maßnahmen anzusetzen, die unmittelbar und direkt auf die festgestellten kriminogenen Persönlichkeitsfaktoren wirken.

Qualitätsmanagement im sächsischen Justizvollzug

Im sächsischen Justizvollzug wurden zum Zweck des Qualitätsmanagements in den vergangenen fünf Jahren vier Säulen etabliert, die im Folgenden ausgeführt werden:

- Strukturierung der Behandlung (Konzept)
- Qualitätssicherung der Behandlung
- Mindeststandards der Psychologen
- Expertenpool für Prognosefragen (EFP)

Strukturierung der Behandlung nach Modulen

Wie kann der gesetzliche Auftrag umgesetzt werden? Der Gesetzgeber fordert u. a. eine umfassende Behandlungsuntersuchung mit eingehender Analyse der kriminogenen Faktoren, eine Behandlung

dieser Faktoren durch qualifizierte Behandler, die Entwicklung von Ressourcen sowie die Vorbereitung eines geeigneten sozialen Empfangsraumes (siehe BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 04. Mai 2011 – 2 BvR 2365/09 Abs. 113). Für die Abteilungen für Strafgefangene mit angeordneter Sicherungsverwahrung sowie die Abteilung für Sicherungsverwahrung in Sachsen bedeutete dies eine Übersetzung in ein transparentes Behandlungskonzept, welches verschiedene notwendige Behandlungsschritte enthält und individuell auf jeden Gefangenen bzw. Untergebrachten angepasst werden kann.

Die Wichtigkeit der Individualisierung von Behandlung ergibt sich nicht nur aus dem gesetzlichen Auftrag, sondern auch empirisch aus der Vielgestaltigkeit der jeweiligen kriminogenen Bedürfnisse sowie

der Psychopathologie der Gefangenen und Untergebrachten. Hinzu kommt, dass viele der Betroffenen aufgrund ihrer langen Lebenszeit, die sie bereits im Strafvollzug bzw. geschlossenen Institutionen verbracht haben, schon verschiedenste Behandlungsangebote oder Behandlungskonzepte erlebt haben und offensichtlich nicht ausreichend davon profitieren konnten oder womöglich auch kein Behandlungsanliegen (mehr) haben. Behandlungskonzepte sollten dieser Komplexität Rechnung tragen.

In Sachsen wurden Behandlungsmodule (siehe Abb. 2) definiert, die individuell ausgestaltet und je nach Bedarf und Behandlungsfortschritt länger oder kürzer durchlaufen werden. Das Behandlungskonzept für die (a)SV – Abteilungen sieht folgende Behandlungsmodule vor:

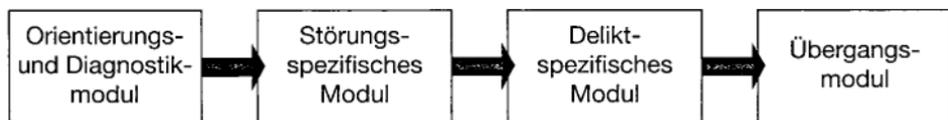


Abb. 2: Behandlungsmodule

Orientierungs- und Diagnostikmodul

Am Anfang jeder individuellen Behandlung steht das Orientierungs- und Diagnostikmodul. In diesem Modul soll die geforderte umfassende Behandlungsuntersuchung erfolgen sowie dem Gefangenen/ Untergebrachten die Zeit gegeben werden, sich in der Abteilung zu orientieren und sich an die neue Lebenswelt einschließlich der anderen Gefangenen/ Untergebrachten zu gewöhnen. In diesem Modul sollen durch den Bezugstherapeuten nicht nur Aussagen zur individuellen Psychopathologie getroffen werden, sondern auch eine Behandlungsprognose

und eine Kriminalprognose formuliert werden. Wieviel von was braucht der zu Behandelnde, um eine bessere Kriminalprognose zu erreichen? Die Praxis hat gezeigt, dass trotz stetiger Angebote einige Gefangene/ Untergebrachte eine längere Phase der Motivierung benötigen, damit sie sich auf eine Behandlung einlassen können, was zu einer sehr langen Verweildauer in diesem Modul führen kann. Ziel der Behandlungsuntersuchung ist die Formulierung eines individuellen Delinquenzmodells. In diesem Modell soll das kriminelle Verhalten auf einer Mikro- (konkrete Delikte) und einer Makroebene (Verhaltensmuster, Persönlichkeit, Pathologie)

nachvollziehbar erklärt sein. Überspitzt formuliert: Auch Sicherungsverwahrte haben straffreie Zeiten, sind nicht 24 Stunden am Tag gewalttätig und Straftaten passieren nicht (nur) zufällig. Etwaige Fortschritte, Defizite und Ressourcen müssen erfasst werden. Durch diese umfassende Betrachtung der Persönlichkeit des Straftäters können Risikokonstellationen abgeleitet und deren Auftretenswahrscheinlichkeit geschätzt werden (Rettenberger 2018). Erst durch ein erarbeitetes Verständnis für risikoreiche Phasen im Leben des Klienten kann ein sinnvolles Behandlungskonzept abgeleitet werden. Ziel des Moduls ist die Bereitschaftserklärung des Gefangenen/Untergebrachten für eine Behandlung.

Störungsspezifisches Modul

Je nach vorliegendem Schweregrad psychopathologischer Symptome ist ein psychotherapeutisches Angebot, welches über eine rein kriminaltherapeutische Intervention hinausgeht, sinnvoll und gewinnbringend. Die Anordnung einer Sicherungsverwahrung beruht auf der Feststellung eines „Hanges“. Diese Feststellung ist juristischer Natur. Aus psychologischer Sicht könnte darunter verstanden werden, dass der betroffene Täter erheblich strafrechtlich vorbelastet ist, schon einige Lebens- und Behandlungszeit in Haft verbracht hat, trotzdem eine steigende Deliktsschwere erkennbar war und offensichtlich alle bisherigen Behandlungsversuche nicht zu einer Verbesserung der Kriminalprognose geführt haben. Die Gründe für das Scheitern der Behandlungsversuche sind sicherlich vielgestaltig und nicht nur beim Unwillen des Täters zu verorten. Das R(esponsivity) des RNR-Prinzips (Andrews & Bonta 2010) verweist auf die Besonderheiten aber auch Unter-

schiede in der therapeutischen Ansprechbarkeit von Straftätern. Unterschiedliche Ansprechbarkeiten resultieren u.a. aus den verschiedenen intellektuellen Voraussetzungen, aus dem Vorliegen von (kombinierten) Persönlichkeitsstörungen und den damit verbundenen durchaus auch sich widersprechenden Schemata (z. B. Sachse, 2003, 2004), mangelnden Fähigkeiten zur Selbstreflexion, deutlichen Einschränkungen in einer gesunden Selbstwertregulationsfähigkeit, Defiziten in der Empathie- und/oder Beziehungsfähigkeit, Traumatisierungen in der Lebensgeschichte, einer mentalen Desorganisation, die sich in einem amorphen Wirklichkeitsbezug äußern kann (Thalmann 2013), anderen psychischen Störungen (wie z. B. Depressionen oder Zwangsstörungen) sowie Defiziten in der Anstrengungsbereitschaft gepaart mit einer Unwilligkeit gegenüber Veränderungen. Diese (fortsetzbare) Aufzählung von Erschwernissen für die Gestaltung eines produktiven kriminaltherapeutischen Behandlungsprozesses beschreibt eine ganz besondere Situation für den Behandler: Er ist einerseits gefordert, diese Erschwernisse zu bearbeiten; andererseits muss er die Grenzen des therapeutisch Machbaren akzeptieren.

Therapeutisch sinnvolle Schritte in diesem (störungsspezifischen) Modul sind z. B.:

- Reduktion von Symptomen psychischer Erkrankungen
- Umstrukturierung dysfunktionaler Schemata
- Verbesserung der Emotionsregulation
- Verbesserung der Fertigkeiten der sozialen Interaktion
- Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens

- Verarbeitung belastender Lebensereignisse
- Suchttherapeutische Angebote

füllt werden. Die Auswahl konkreter Behandlungsmethoden muss sich am Prinzip der Ansprechbarkeit orientieren.

Delikt spezifisches Modul

Begleitend bzw. darauf aufbauend erfolgt nun die Kriminaltherapie, also die Arbeit an der Verbesserung der Kriminalprognose. Deren typische Inhalte (Zwischenziele) zeigt das Modell delikt spezifischer Intervention (siehe Abb. 3).

Inhaltlich können die Behandlungsziele durch verschiedene Angebote im einzel- oder gruppentherapeutischen Setting ge-

Übergangsmodul

Wenn die kriminaltherapeutischen Schritte dazu geführt haben, dass der Klient sich seiner eigenen Risikofaktoren bewusst ist und sich im Sinne eines Rückfallmanagements selbst steuern kann, ist die Planung des Übergangsmanagement und der Nachsorge im Übergangsmodul angezeigt. Zu den Aufgaben im Übergangsmodul gehören z. B.:

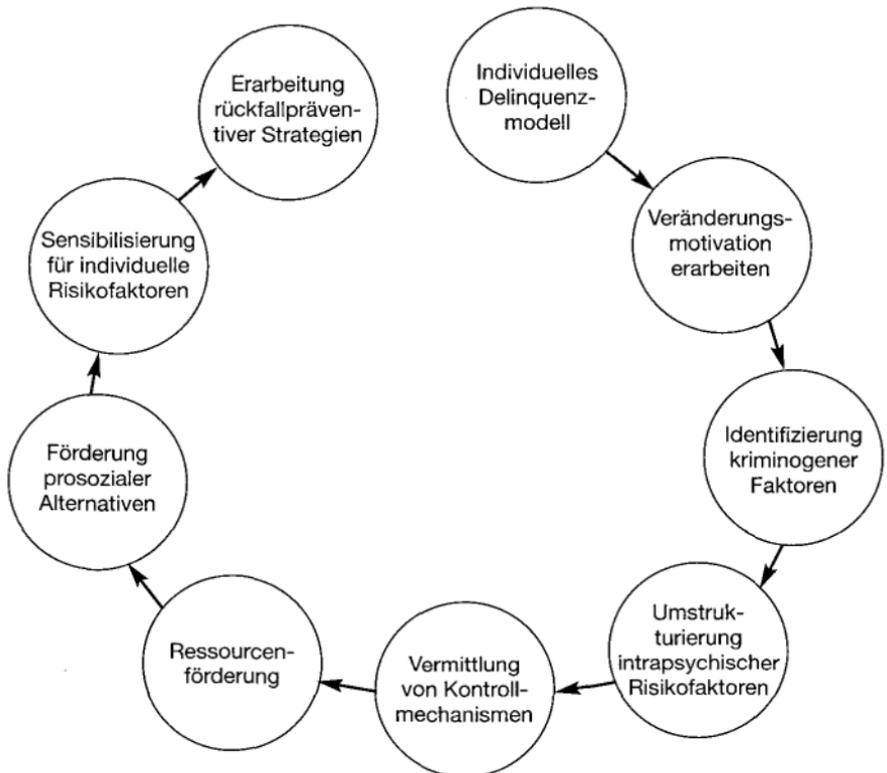


Abb. 3: Modell delikt spezifischer Intervention

- Erarbeitung einer Kooperationsbereitschaft mit Kontrollorganen wie Führungsaufsichtsstelle oder Bewährungshilfe
- Erprobung in Lockerungen und Anwendung des Risikomanagements unter geschützten Bedingungen
- Erarbeitung einer extramuralen Tagesstruktur
- Psychoedukation zu möglichen Belastungen nach einer Entlassung
- Planung einer beruflichen Integration
- Planung einer sozialen Integration
- Integration in das Suchtkrankenhilfesystem (bei Bedarf)

Qualitätssicherung der Behandlung

Kernstück der Qualitätssicherung der Behandlung und Prognose der Sicherungsverwahrten und Inhaftierten mit angeordneter Sicherungsverwahrung ist die Beratung der Behandelnden durch den Kriminologischen Dienst. Mindestens vier Wochen vor jeder Vollzugsplanung (d. h. halbjährlich) übersenden die Abteilungen einen Bericht über die vergangenen und geplanten Interventionsschritte sowie die Gefangenenpersonalakte an den Kriminologischen Dienst. Dieser prüft mit psychotherapeutischer und kriminaltherapeutischer Expertise die Schlüssigkeit und Zielorientierung der Interventionsschritte und sendet eine Rückmeldung – ggf. mit Empfehlungen – für die Vollzugsplanung an die Abteilung. Die Prüfung und Beratung erfolgt dabei semiextern: Der Kriminologische Dienst ist zwar Teil des Systems Justizvollzug und kennt die Gegebenheiten, Konzepte und Mitarbeiter der Abteilungen sehr gut, andererseits jedoch den einzelnen Untergebrachten bzw. Inhaftierten nur nach Aktenlage und fortlaufender Dokumentation von Diagnostik und Behandlung. Durch diese Distanz wird

leichter deutlich, an welchen Stellen sich z. B. Verhaltensbeschreibungen der Abteilung mit tatnahem Verhalten (Offence Analogue Behavior, OAB) decken (Gordon & Wong 2010, 2011).

Die Beratung hat an manchen Stellen supervisorischen Charakter. Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen lösen auch beim Personal Reaktions- und Verhaltensweisen aus, die durch die Übertragung der gestörten Persönlichkeit entstehen. Zu verlangen, dass sich die Behandler dessen stets bewusst sind, wäre unrealistisch. Daher sollen Hinweise über extern sichtbare Verstrickungen und Übertragungen auch helfen, diese zu erkennen und aufzulösen. Nicht zuletzt müssen auch die Behandler psychisch gesund bleiben können.

Damit dem Kriminologischen Dienst umfassend und strukturiert Informationen zur Behandlung vorgelegt werden, kommen eigens dafür entwickelte Formblätter zum Einsatz. Die Behandlungsdokumentation durch die Abteilung umfasst die gesamten Behandlungsschritte aller am Behandlungsprozess Beteiligten und enthält folgende Inhalte:

- Individuelles Delinquenzmodell bzw. Aktualisierung der Problemdefinition (Müssen Hypothesen zur Delinquenz erweitert, verworfen bzw. ergänzt werden?)
- Psychopathologische Auffälligkeiten/Störungen bzw. Diagnosen (Verhaltensbeobachtung, Beschreibung von Symptomen, Auswirkungen der Psychopathologie auf Alltag und Behandlung)
- Therapieerschwernisse
- Einschätzung der aktuellen therapeutischen Beziehung

- Ressourcen des Inhaftierten/Untergebrachten (Konnten Ressourcen weiterentwickelt/neu entdeckt werden? Wie zeigt sich das im Alltag/in der Behandlung?)
- An welchen Maßnahmen hat der Inhaftierte/Untergebrachte in welchem Umfang teilgenommen?
- Abgeleitete Interventionsziele für die nächsten 6 Monate
- Welche Interventionsmethoden/-maßnahmen sind für den nächsten Fortschreibungszeitraum geplant?

Darüber hinaus werden sämtliche Gutachten, Beschlüsse, Berichte von externen Psychotherapeuten und ähnliche Dokumente in Kopie übersandt, um einen Überblick zum aktuellen Behandlungsstand zu ermöglichen. Der Kriminologische Dienst überprüft, ob die Behandlung den gesetzlichen Anforderungen entspricht, also individuell, intensiv und freiheitsorientiert erfolgt. Wenn im Rahmen dieser semiexternen Prüfung Aspekte auffallen, die einer Korrektur bedürfen, wird dies den Abteilungen schriftlich zurückgemeldet. Bei Bedarf – auch auf Anfrage der Abteilung – kann eine Fallkonferenz im Vorfeld der Vollzugsplankonferenz durchgeführt werden.

Um die Überprüfung zu illustrieren, sollen einige Beispiele genannt werden: Im Orientierungs- und Diagnostikmodul wird geprüft, ob das dokumentierte Delinquenzmodell schlüssig und nachvollziehbar ist, ob die Behandlungsuntersuchung umfassend war und die Diagnostik alle relevanten Bereiche umfasste. Wird bei einem Sexualstrafäter eine Sexualanamnese erhoben und nach Sexualphantasien gefragt? Wurde eine nachvollziehbare Diagnose (z. B. Pädophilie) gestellt? Weiterhin

wird geprüft, ob die Motivationsarbeit sinnvoll und dosiert erfolgt, sodass der Gefangene/Untergebrachte diese für sich annehmen kann, die Therapeuten aber nicht dabei „verbrennen“. Es wird darauf geachtet, dass die formulierten Behandlungsziele der Verbesserung der Kriminalprognose dienen und nicht (nur) dem Wohlverhalten des Klienten in der Abteilung. Erfahrungsgemäß kann dies durchaus verwechselt werden. Es ist darauf zu achten, ob die Klienten straffatnahes Verhalten im Alltag zeigen und wie dem begegnet wird. Falls tatsächlich nachvollziehbare Behandlungsfortschritte vorliegen, sind die Planung von Lockerungen und die Planung des Übergangsmanagements notwendig. Da die Klienten oft sehr lange Haft- bzw. Unterbringungszeiten absolviert haben, ist eine langfristig gestaltete soziale Integration, mitunter über mehrere Jahre, ratsam.

Mindeststandards für Psychologen und für die Sonderabteilungen

Die dritte Säule des Qualitätsmanagements sind die Mindeststandards der Psychologen des sächsischen Justizvollzuges. Sie gelten nicht nur für die Arbeit mit Hochrisikotätern sondern für die gesamte behandlerische Arbeit aller Vollzugspsychologen, regeln aber, dass Inhaftierte mit höherem Kriminalitätsrisiko intensiver behandelt werden.

Behandlung im sächsischen Justizvollzug soll sich vom „Gießkannenprinzip“ und von methodischer Beliebigkeit abgrenzen. Die formulierten Mindeststandards sind nicht nur Leitlinien oder Orientierungen, sondern eine Standardisierung von Prozessen unter Beachtung der Definition von Kernprozessen, der Definition

des Qualitätsniveaus, der Verfahren, der Fristen sowie der Dokumentationsformen. Für die Umsetzung der Aufgaben der Vollzugspsychologen wurden 14 Formblätter entwickelt, um dem Bedarf nach transparenter Basisdokumentation, Veränderungsmessung und fundierter, nachvollziehbarer Prognosestellung Rechnung zu tragen.

Die Mindeststandards werden an anderer Stelle detaillierter beschrieben (Meischner-Al-Mousawi & Hinz 2016).

Expertenpool für Prognosefragen

Als vierte Säule des Qualitätsmanagements wurde der Expertenpool für Prognosefragen (EFP) etabliert. Psychologen, die ihren Dienst im Justizvollzug beginnen, sind auf Grund fehlender Spezialisierungsrichtungen während des Studiums nicht auf die Erstellung von Prognosegutachten bei Straftätern vorbereitet. Nur wenige haben eine Zusatzqualifikation, die ihnen erlaubt, Fragen der Lockerungseignung, der Flucht- und Missbrauchsgefahr aber auch der Entlassbarkeit nach den Mindestanforderungen der Prognosebegutachtung (Boetticher et. al 2007) zu beantworten.

Im EFP wurden zehn erfahrene forensische Psychologen, teilweise approbierte Psychotherapeuten, zusammengeführt, um insbesondere zu Fragen der Lockerungseignung bei Sicherungsverwahrten und Inhaftierten mit angeordneter Sicherungsverwahrung oder mit einer lebenslangen Haftstrafe Gutachten zu erstellen. Vor der Abgabe eines Gutachtens findet eine Intervision in der Gruppe statt. Durch die Leiterin des EFP wird die Einhaltung

der Mindestanforderungen an Prognosegutachten sichergestellt.

Die Psychologen des EFP werden besonders geschult, insbesondere für die zertifizierte Anwendung von Verfahren wie PCL-R (Psychopathiecheckliste) (Hare 2003), Static-99 (Prognoseverfahren, welches statische Faktoren erfasst) (deutsche Übersetzung: Rettenberger & Eher 2006), VRS/VRS-SO (Prognose erneuter Gewaltstraftaten bzw. Sexualstraftaten) (deutsche Übersetzung: Haubner-MacLean, Heurix & Eher 2014) und in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In den Fortbildungen geht es aber auch um spezifische theoretische Grundlagen, bspw. die Veränderbarkeit von Persönlichkeitsanteilen oder die Beeinflussbarkeit der Rückfallgefahr durch medikamentöse Einstellung.

Qualitätsmanagement – und dann?

In Sachsen wurden, den gesetzlichen Vorgaben folgend, erhebliche Ressourcen (finanziell, baulich, personell usw.) in den Aufbau der Abteilungen investiert. Das Qualitätsmanagement wurde eingeführt und etabliert. Die Mitarbeiter wurden gefördert und fortgebildet. Dennoch stoßen die behandlerischen Bemühungen bei einigen Klienten an die Grenzen des Umsetzbaren. Demnach gibt es eine Gruppe von Hochrisikotätern, die gut auf die intensiven Behandlungsangebote ansprechen, eine Gruppe, die sich trotz intensiver Motivationsangebote einer Behandlung verweigert und eine (wenn auch kleine) Gruppe, die aufgrund ihrer frühen und schweren Störungen nicht ausreichend von den Angeboten profitieren können. Aus unseren Erfahrungen ergeben sich folgende Unterschiede in einigen Merk-

malen, die sich erheblich auf den Behandlungserfolg auswirken. Die Beschreibung in der folgenden Tabelle ist generalisiert und nicht abschließend.

Tabelle 1: Merkmale der Gruppen

	Gruppe 1: kann und will	Gruppe 2: kann, aber will dauerhaft nicht	Gruppe 3: kann nicht
fundierte Diagnosestellung	Ist möglich, der Klient ist mit-arbeitsbereit, er ist in der Lage, eine kohärente Lebensgeschichte zu erzählen	Ist nur eingeschränkt möglich, es kann nur per Aktenlage eine Hypothese aufgestellt werden, der Klient lehnt Gespräche ab oder der Klient erzählt unterschiedliche Lebensgeschichten, unterschiedliche Gutachter kommen zu unterschiedlichen Aussagen	Ist eingeschränkt möglich
beziehungs- und empathiefähig	Der Klient hat eine gewisse Beziehungs- und Schwingungsfähigkeit, Vertrauen in eine professionelle Beziehung kann aufgebaut werden, Beziehungsfähigkeit ist weiter entwickelbar	Wäre vom Grundsatz her fähig, eine Beziehung zu halten; Tragfähigkeit und Gestaltungsfähigkeit könnten entwickelt werden, Klient lehnt aber jedes (professionelle) Beziehungsangebot ab	Der Klient ist sehr früh (< 1.LJ.) emotional und/oder körperlich erheblich geschädigt worden, die Basis jeglicher Beziehungs- und Empathiefähigkeit ist deutlich eingeschränkt und kann nicht weiter entwickelt werden, eine professionelle Beziehung kann nur punktuell gehalten werden
tragfähige Arbeitsbeziehung	Es sind keine oder geringe Ausprägungen schizoider oder paranoider Züge beobachtbar, die Persönlichkeitsstruktur ist soweit intakt, dass tragfähige Beziehungen möglich sind	Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ist aufgrund der Verweigerung des Klienten nicht möglich	Durch erhebliche psychopathologische Symptome ist der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung kaum und auch nur für kurze Zeitintervalle möglich
Selbst-reflexion	Klient ist in der Lage, Angebote des Therapeuten zur Innenschau anzunehmen und sukzessive selbst zu entwickeln	Nicht einschätzbar	kaum möglich
Anstrengungsbereitschaft	Der Klient hat oder kann ein Anliegen entwickeln und bleibt dabei, auch wenn es schwierig wird	In Bereichen außerhalb der Behandlung durchaus vorhanden, bspw. Arbeit, Hobby	Kann vorhanden sein, wird torpediert durch die massive Verwundbarkeit der Person
Intellekt	Klient ist in den wesentlichen kognitiven Voraussetzungen der Informationsaufnahme und Verarbeitung nicht beeinträchtigt, Intellekt kann auch eingeschränkt sein	Intellekt im Normbereich	Intellekt oft eingeschränkt, Informationsverarbeitungsprozesse durch die frühe Störung der Persönlichkeit beeinträchtigt, oft paranoide Verarbeitungsmuster, Schäden durch Substanzen (Drogen oder Alkohol als Selbstmedikation zur Beruhigung des diffusen Erregungslevels)
Hospitalisierungsfolgen	Klient hat zwar eine formale, selbstwertschützende Anpassung an die Institution, er kommt aber auch in anderen sozialen Bezügen zurecht, oft auch Heim- und lange Inhaftierungszeiten	Passen sich formal an die Spielregeln der Institution an, grenzen sich gegen jedes Angebot der Behandlung ab, Hospitalisierungsschäden können nicht sicher beurteilt werden	Oft früh hospitalisiert, nach der Geburt bereits Heimaufenthalte, Erfahrungen in Jugendwerkhöfen und wechselnden sozialen Bezügen in Institutionen – Hospitalisierungsschäden eindeutig vorhanden
Ressourcen	Bereits bestehende Ressourcen lassen sich wecken und/oder weiter ausbauen	Ressourcen können vorhanden sein, Unterstützungsangebote für deren Ausbau werden abgelehnt	Persönlichkeit hat kaum gesunde Anteile, eine Verschiebung der fragilen Persönlichkeitsanteile in Richtung Stabilität ist nicht möglich, Ressourcen sehr begrenzt vorhanden und aufbaubar

Tabelle 1: Merkmale der Gruppen (Fortsetzung)

	Gruppe 1: kann und will	Gruppe 2: kann, aber will dauerhaft nicht	Gruppe 3: kann nicht
Bezug zwischen Psychopathologie und Delinquenz	Es ist möglich, ein Delinquenzmodell zu entwickeln, bei dem die Verbindung zwischen Persönlichkeit/Störung/Taten in einen logischen und nachvollziehbaren Zusammenhang gebracht werden, die kriminogenen Faktoren können herausgearbeitet werden	Es ist eingeschränkt möglich, ein Delinquenzmodell zu entwickeln, bei dem die Verbindung zwischen Persönlichkeit/Störung/Taten in einen logischen und nachvollziehbaren Zusammenhang gebracht werden, die kriminogenen Faktoren können herausgearbeitet werden	Es ist möglich, ein Delinquenzmodell zu entwickeln, bei dem die Verbindung zwischen Persönlichkeit/Störung/Taten in einen logischen und nachvollziehbaren Zusammenhang gebracht werden, die kriminogenen Faktoren können herausgearbeitet werden
Behandlungsplanung	Der Behandlungsplan leitet sich nachvollziehbar aus den kriminogenen Faktoren ab; es stehen evidenzbasierte therapeutische Methoden zur Verfügung	Der Behandlungsplan fokussiert auf die Motivationsarbeit; kurz vor Ablauf von 10 Jahren der Maßregel wird die Gestaltung des Übergangsmanagement von der Strafvollstreckungskammer eingefordert; störungs- oder delikt-spezifische Arbeit findet nicht statt	Eine Behandlung ist nur eingeschränkt möglich; es stehen nicht ausreichend evidenzbasierte Methoden zur Behandlung zur Verfügung; mögliche Behandlungsschritte sind nur minimal; die Behandler stoßen an ihre Grenzen

Die beschriebenen Merkmale der drei Gruppen zeigen die Möglichkeiten aber auch die Grenzen einer sinn- und planvollen Behandlung.

Erfahrungen mit der Gestaltung eines Risikomanagements im Übergang

Jeder Hochrisikotäter wird mit einem, statistisch betrachtet, relativ hohen Rückfallrisiko entlassen. Im besten Falle gehört der zu Entlassende der Gruppe 1 an, was bedeutet, dass er sich seines Risikos bewusst ist, mit ihm gemeinsam Strategien zum Risikomanagement erarbeitet wurden, er bereit zur Kooperation mit Kontrollorganen ist, der soziale Empfangsraum langfristig vorbereitet und entwickelt werden konnte und auch die Mitarbeiter der Bewährungshilfe und Führungsaufsicht über mögliche Risikoszenarien informiert sind. Bei Entlassungen von Klienten aus der Gruppe 2 oder 3 (z. B. nach Ablauf von 10 Jahren der Maßregel) ist die Entwicklung eines sinnvollen Risikomanagements nur schwer möglich.

Die Gestaltung des Übergangs wird den Abteilungen häufig durch kaum zu realisierende Empfehlungen aus Gutachten erschwert. Sicherlich sind die Gründe für diese Empfehlungen auf der Basis der kriminogenen Faktoren sowie der identifizierten Risikosituationen nachvollziehbar. Beispielsweise kommt es (nicht selten) zu folgenden Empfehlungen: weitere psychologische Betreuung durch einen externen Psychotherapeuten, der Aufbau von sozialen Beziehungen, die Aufnahme von Arbeit durch den Klienten und die Unterbringung in einem Wohnheim mit 24-stündiger Beaufsichtigung. In der Regel sind solche Empfehlungen nicht realisierbar; selten wollen niedergelassenen Psychotherapeuten bspw. Sexualstraftäter behandeln. Oft gibt es keine Diagnose, die eine Finanzierung einer Psychotherapie durch die Krankenkasse o. a. rechtfertigt. Der Arbeitsmarkt und soziale Bezüge in der Gesellschaft sind durch Mitarbeiter des Justizvollzuges nicht beeinflussbar. Wohnheime, in denen Entlassene rund um die Uhr beaufsichtigt werden, gibt es zumindest in Sachsen nicht. Die Begrenzung

der Finanzierung einer Unterbringung in derartigen Wohnheimen auf zwei Jahre ist ebenso kritisch.

Für die Gestaltung einer nachhaltigen Re-Integration sind deshalb folgende Punkte wichtig:

- Ausbau forensischer Institutsambulanzen
- Ausbau dezentraler Unterkünfte für entlassene Hochrisikotäter mit längeren Wohn- bzw. Unterbringungszeiträumen
- sozialpädagogische Begleitung und aufsuchende Hilfe durch forensisch erfahrene Mitarbeiter
- Gestaltung einer effektiven Risikokommunikation bei Entlassung mit Bewährungshilfe, Führungsaufsicht und Mitarbeitern in Programmen zur Intensivüberwachung etc. (dazu gehören die Übermittlung des Behandlungsstandes, die Risikoszenarien des Klienten, das erarbeitete Risikomanagement usw.)

Die Verbesserung der genannten Rahmenbedingungen könnte den Übergang aus Haft oder Sicherungsverwahrung in die Freiheit erleichtern, den Entlassenen in einer anfänglich ungewohnten Situation unterstützen, die in Haft oder Sicherungsverwahrung erreichten Fortschritte stabilisieren und durch all dies das Rückfallrisiko senken.

Literatur

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). OPD-2. Bern: Verlag Hans Huber.

Boetticher, A., Kröber H.-L., Müller-Isberner, R., Böhm, K. M., Müller-Metz, R. & Wolf, T. (2007). Mindestanforderungen für Prognosegutachten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1, 90–100.

Gordon, A., & Wong, S. C. P. (2010). Offence analogue behaviours as indicator of criminogenic need and treatment progress in custodial settings. In M. Daffern, L. Jones, & J. Shine (Eds.), *Offence paralleling behaviour: An individualized approach to offender assessment and treatment* (pp. 171–183). Chichester: Wiley.

Gordon, A., & Wong, S. C. P. (2011). *Offence Analogue Behaviour (OAB) and Offence Replacement Behaviour (ORB) Rating Guide*. Retrieved from <http://www.psynergy.ca/>

Haubner-MacLean, T., Heurix, I. & Eher, R. (2014). *Institut für Gewaltforschung und Prävention*: Wien.

Meischner-Al-Mousawi, M. & Hinz, S. (2016). Risiko- und indikationsorientierte psychologische Arbeit im Justizvollzug. Mindeststandards für den psychologischen Dienst des sächsischen Justizvollzugs. *Forum Strafvollzug*, 65 (1), 40–45.

Hare, R. D. (2003). *The Hare psychopathy checklist-revised* (2nd ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems, Inc.

Rettenberger, M. (2018). Intuitive, klinisch-idiographische und statistische Kriminalprognosen im Vergleich – die Überlegenheit wissenschaftlich strukturierter Vorgehens. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12 (1), 28–36.

Rettenberger, M. & Eher, R. (2006). *Static-99*. Institut für Gewaltforschung und Prävention: Wien.

Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe

Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Thalmann, T. (2013). Therapiehemmnisse bei Straftätern. *Aus der Sicht des Praktikers. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (3), 171–176.

SYLVELLE HINZ
MAJA MEISCHNER-AL-MOUSAWI
SVEN HARTENSTEIN

Adresse:
Kriminologischer Dienst
des Freistaates Sachsen
Leinestraße 111, 04279 Leipzig