

# Endlich Therapie für alle?

## Die Bundesländer und ihre sozialtherapeutischen Einrichtungen

■ Kirstin Drenkhahn

Seit Anfang des Jahres sollte für alle Gefangenen, die der Behandlung bedürfen, ein Haftplatz in einer sozialtherapeutischen Einrichtung zur Verfügung stehen. Davon ist man in der Praxis noch weit entfernt. Kirstin Drenkhahn schildert die Situation des Behandlungsvollzugs nach Inkrafttreten des neuen § 9 Strafvollzugsgesetz. Es gibt viel zu tun, nicht nur was den Ausbau der Kapazitäten angeht, sondern auch bei der Schaffung einheitlicher Standards bezüglich der Anordnung und Durchführung der Therapie. Gleichzeitig tendieren viele Bundesländer dazu, der populistischen Forderung nach mehr »Sicherheit« dadurch Rechnung zu tragen, dass sie verhältnismäßig billigere Haftplätze im regulären Vollzug ausbauen und weiterhin bei der Behandlung sparen.

**A**m 1. Januar diesen Jahres trat die Neufassung von § 9 StVollzG in Kraft, der 1998 durch das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten geändert wurde. Gefangene, die wegen einer Tat nach §§ 174–180, 182 StGB zu einer zeitigen Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt sind und bei denen die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt angezeigt ist, müssen jetzt gem. § 9 I StVollzG in eine solche Einrichtung verlegt werden. Bei allen Zweifeln, ob dieses Gesetz tatsächlich umgesetzt würde, wurde diese Regelung aber auch als Erfolg gesehen (Egg 2000, S. 75 ff.; Rehn 2001a). Die Zielgruppe hat nun einen Anspruch auf einen Haftplatz in der Sozialtherapie, die Haftplatzkapazität in diesem Bereich des Strafvollzugs muss erheblich aufgestockt werden. Dabei wurden jedoch Probleme hinten angestellt, die sich aus der sehr offenen, ungenauen Formulierung des Gesetzes ergeben. In erster Linie betrifft das die Definition und damit die Eingrenzung der Zielgruppe, von deren Größe der Umfang der Ausbaumaßnahmen abhängt. Im Folgenden sollen deshalb erst einige rechtliche Fragen aufgeworfen werden, bevor auf aktuelle Entwicklungen in der Praxis eingegangen wird.

### Lücken und Tücken bei der Auslegung von § 9 StVollzG

Probleme bereitet vor allem die Formulierung, dass die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt angezeigt sein muss. Für die alte Fassung von § 9 StVollzG wurden als Kriterien der Angezeigttheit Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungsfähigkeit und Behandlungswilligkeit genannt. Nicht von der Gesetzesänderung beeinflusst wird nur die Bedeutung des Merkmals der Behandlungsbedürftigkeit. Ein Gefangener soll dann therapiebedürftig sein, wenn sich bei ihm Verhaltensstörungen und psychische Leidenszustände zeigen und deshalb zu befürchten ist, dass

er ohne Behandlung nach der Entlassung schwere Straftaten begehen wird (Callies/Müller-Dietz 2002, § 9 Rn. 13; Dahle 1997, S. 148).

Behandlungsfähigkeit wurde bisher im wesentlichen als Eigenschaft des Gefangenen verstanden, für deren Beurteilung die Bundesländer Kriterienkataloge entwickelt haben. Neben Merkmalen wie z.B. Alter, deutsche Sprachkenntnisse, offene Verfahren, Strafrest (vgl. dazu unten), Suchtmittelabhängigkeit und psychiatrische Erkrankungen spielt häufig auch die Frage eine Rolle, ob die Problematik eines Gefangenen mit den von der sozialtherapeutischen Einrichtung angebotenen Maßnahmen voraussichtlich erfolgreich behandelt werden kann. Hintergrund war die Formulierung der Indikation in der alten Fassung des § 9 I StVollzG (bzw. jetzt § 9 II StVollzG): Die Behandlung in der Anstalt, in die der Gefangene verlegt werden wollte, musste angezeigt sein. Wenn jetzt die Behandlung in (irgend)einer sozialtherapeutischen Anstalt indiziert sein muss, kann es für die Verlegung in rechtlicher Hinsicht nicht ausschlaggebend sein, dass der betroffene Gefangene in das Behandlungskonzept einer bestimmten Anstalt »passt« (KG NJW 2001, S. 1806). Grundsätzlich ist auch die Auslegung möglich, dass die Anstalt sich selbst befähigen muss, einen therapiebedürftigen Gefangenen behandeln zu können. In Bundesländern mit mehreren oder größeren sozialtherapeutischen Einrichtungen kann das Problem dadurch aufgefangen werden, dass sich die Einrichtungen bzw. deren Untergliederungen auf bestimmte Gefangenengruppen spezialisieren.

Bisher wurde als wichtiges Verlegungskriterium die Behandlungsbereitschaft angesehen, als deren Indiz die nach § 9 I StVollzG a. F. erforderliche Zustimmung des Gefangenen zur Verlegung galt. Verstanden wird unter Behandlungsbereitschaft oder Therapiemotivation der Änderungswunsch des Klienten sowie seine daraus folgende Bereitschaft zur Psychotherapie (Dahle

1997, S. 149; Egg 1999, S. 397 f.). Welche rechtliche Bedeutung sie jetzt noch für die Entscheidung über die Verlegung hat, ist zweifelhaft, denn nach der aktuellen Fassung von § 9 I StVollzG bedarf die Verlegung nicht mehr der Zustimmung des Gefangenen. Eine erfolgreiche Behandlung gegen den Willen des Behandelten ist allerdings nicht möglich, er muss sich konstruktiv beteiligen. Der von § 9 I StVollzG erfasste Personenkreis würde aber erheblich eingeschränkt, wenn bei der Verlegungsentscheidung zu hohe Anforderungen an die Motivation gestellt werden, da die Bedingungen für die Entwicklung einer Bereitschaft zur Therapie im Strafvollzug äußerst widrig sind. Die Gefangenen stehen den Angeboten einer als feindselig wahrgenommenen Umgebung misstrauisch gegenüber und sind zudem häufig schlecht oder falsch über die Möglichkeiten psychologischer Behandlung informiert. Die Entwicklung von Therapiemotivation sollte deshalb eher erstes Behandlungsziel als deren Voraussetzung sein (Beier/Hinrichs 1996, S. 36; Konrad 1998, S. 267; Wischka et al. 2001, S. 195 f.). Der mit dem Verzicht auf das Zustimmungserfordernis verbundene Vorwurf der Zwangstherapie wird im übrigen durch die Regelung der Rückverlegung aus »Gründen, die in der Person des Gefangenen liegen« (§ 9 I 2 StVollzG), entschärft.

Auch die vermeintlich klare Bestimmung der Einsatzverurteilung lässt noch Spielraum für verschiedene Auslegungen. Es stellt sich z.B. die Frage, wie bei Gefangenen mit einer Gesamtstrafe u.a. wegen eines Sexualdelikts zu verfahren ist. Wird die Mindeststrafe als Untergrenze für die Behandlungsdauer ausgelegt, kann es nur auf die Gesamtfreiheitsstrafe ankommen, auf die das Gericht erkannt hat. Die Zahl der Gefangenen, bei denen eine Verlegung auch gegen ihren Willen möglich ist, ist dann größer, als wenn die Zweijahresgrenze als Hinweis auf die Schwere der Tat dienen soll. Bei dieser zweiten Möglichkeit wird die durch die Sexualstrafat ver wirkte Freiheits-

strafe maßgeblich sein und gleichzeitig die Zahl der Anspruchsinhaber beschränkt.

Die erste Variante birgt das Problem, dass die Strafzeit bei Strafen von nur wenig über zwei Jahren für das gesamte Programm einer sozialtherapeutischen Einrichtung mit Entlassungsvorbereitung und Strafrestaussetzung sehr knapp bemessen ist. Denn in § 9 Abs. 1 StVollzG ist nicht die tatsächlich noch zu verbüßende Strafzeit gemeint, sondern die Freiheitsstrafe, auf die im Urteil erkannt wird. Die für die Behandlung verbleibende Strafzeit verkürzt sich durch den Abzug von Untersuchungshaftzeit und die Zeit bis zur tatsächlichen Verlegung. Da für die Behandlung meist mindestens 18 Monate veranschlagt werden, kann der Strafrest zu kurz sein (Calliess/Müller-Dietz 2002, § 9 Rn. 16; Schwind/Böhm 1999, § 9 Rn. 6).

Ein anderes Problem mit der Strafzeit stellt sich bei Gefangenen mit langen zeitigen Freiheitsstrafen. Bisher – nach der alten Fassung von § 9 StVollzG, der die Entscheidung über die Verlegung ins Ermessen der Leitung der aufnehmenden Anstalt stellte – wurden Gefangene zum Ende ihrer Strafzeit in die Sozialtherapie aufgenommen, um auch von dort entlassen werden zu können. Wenn Gefangene, die die Voraussetzungen von § 9 I StVollzG erfüllen, jetzt aber einen Verlegungsanspruch haben, stellt sich die Frage, wann dieser Anspruch »fällig« wird und ob der Strafrest bei der Entscheidung eine Rolle spielen darf. Die zweite Frage ist auch im Hinblick auf die zur Zeit der gerichtlichen Entscheidung noch nicht geltende heutige Rechtslage verneint worden (KG NJW 2001, S. 1807). Daraus folgt die nächste Schwierigkeit, wie mit Gefangenen verfahren wird, die das Programm der Anstalt vollständig durchlaufen haben, aber noch nicht einmal bedingt entlassen werden können. Bleiben sie in den therapeutischen Einrichtungen, werden Haftplätze blockiert. Werden sie in den Regelvollzug zurückverlegt, besteht die Gefahr, dass das Gelernte wieder verloren geht. Folglich müsste die Angebotsstruktur im Regelvollzug verbessert werden (Dahle 1997, S. 155 ff.; Schwind/Böhm 1999, § 9 Rn. 6). Die Entlassung aus dem Regelvollzug kann auch vorteilhaft sein, wenn ein Flächenstaat nur über eine zentrale sozialtherapeutische Einrichtung verfügt. Gefangene können heimatnäher bzw. näher am späteren Wohnort und möglichen Arbeitsplatz untergebracht, positive Kontakte können aktiviert werden. Dadurch werden die Möglichkeiten der Entlassungsvorbereitung vielfältiger (Dolde 1996).

Es zeigt sich also, dass die »Anspruchsgrundlage« § 9 I StVollzG, die auf den ersten Blick klar und deutlich scheint, sehr vage formuliert ist und Spielräume bei der Auslegung lässt. Ob diese Spielräume eher zur Begrenzung oder zu einer Ausweitung der Zahl der Anspruchsberechtigten führen werden, lässt sich bisher noch nicht absehen. Auch inwieweit behandlerische Überlegungen in die Entscheidungen über Verlegungsansprüche mit eingehen, wird erst die zukünftige Rechtsprechung zeigen.

## **Bedarf und tatsächlicher Ausbau der Haftplatzkapazität**

In den fünf Jahren seit der Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten wurde die Haftplatzkapazität erheblich ausgebaut. Gab es 1997, als das Gesetz beraten wurde, noch 20 sozialtherapeutische Einrichtungen mit 888 Haftplätzen, waren es 2002 schon 31 Einrichtungen mit 1201 Plätzen (Stichtag jeweils 31.3.; Kröniger 2002, S.

eine Zielgruppe des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten sind.

Die Landesjustizverwaltungen selbst berichteten im Rahmen der im Jahr 2000 vom Lehrstuhl für Kriminologie/Universität Greifswald durchgeführten Umfrage zum Strafvollzug, dass bis 2003 die Zahl der Haftplätze auf 1850 aufgestockt werden solle (Dünkel/Drenkhahn 2001, S. 409). Bedarfsschätzungen und Planungen gehen dabei aber im Einzelnen weit auseinander. In einigen Bundesländern werden jetzt die ersten, zum Teil sehr großen sozialtherapeutischen Anstalten oder Abteilungen eingerichtet (z.B. Brandenburg/Havel, Halle), um vorrangig der Verpflichtung durch die neue Gesetzeslage nachkommen zu können. Das gilt besonders für die neuen Bundesländer, die in den letzten zehn Jahren erst einmal ihren Regelvollzug modernisieren und erweitern mussten. Aber auch kleinere Flächenländer im Westen schaffen erste Einrichtungen. Einige größere Bundesländer schätzen ihren Gesamtbedarf auf 200 bis 400 Haftplätze, der Ausbau wird allerdings noch deutlich über dieses Jahr hinaus andauern. Neben der bekanntlich schlechten Finanzsituation wird die Umsetzung dieser Projekte auch durch Beschwerden von Anwohnern neuer oder zu vergrößernder Standorte behindert. In anderen Bundesländern geht man hingegen davon aus, dass die bereits bestehenden Plätze ausreichen oder ein moderater Ausbau genügt.

Das in diesem Jahr zur Verfügung stehende Angebot an Haftplätzen im sozialtherapeutischen Vollzug wird also deutlich hinter den Planungen von 2000 zurückbleiben, denn es ist nicht zu erwarten, dass im Laufe des Jahres noch mehr als 600 Plätze neu errichtet werden. Ein wenig abgemildert wird diese Diskrepanz durch eine Anreicherung des therapeutischen Angebots für Sexualstraftäter im Regelvollzug der meisten Bundesländer. Z.B. gibt es in Baden-Württemberg ein Konzept zu einem in der Intensität abgestuften Angebot für behandlungsbedürftige Sexualstraftäter, in Schleswig-Holstein wird in jeder JVA eine bestimmte Anzahl Gefangener behandelt, in Sachsen gibt es sozialtherapeutisch orientierte Abteilungen in Regelvollzugsanstalten. In anderen Bundesländern werden vermehrt besondere Behandlungsabteilungen im Regelvollzug eingerichtet, die später zu sozialtherapeutischen Abteilungen »aufgerüstet« werden sollen, oder es werden Therapiegruppen und Möglichkeiten der Einzeltherapie geschaffen.

## **»Es zeigt sich also, dass die »Anspruchsgrundlage« § 9 I StVollzG, die auf den ersten Blick klar und deutlich scheint, sehr vage formuliert ist und Spielräume bei der Auslegung lässt. Ob diese Spielräume eher zur Begrenzung oder zu einer Ausweitung der Zahl der Anspruchsberechtigten führen werden, lässt sich bisher noch nicht absehen«**

31). Innerhalb des letzten Jahres sind weitere Plätze in neuen oder schon bestehenden Einrichtungen dazugekommen, und auch in diesem Jahr wird das Angebot noch erweitert werden.

Unabhängig davon, was oben zu den in § 9 I StVollzG angelegten Möglichkeiten der Bedarfssteuerung gesagt wurde, stellt sich aber die Frage, ob die bisher unternommenen Anstrengungen zur Kapazitätserweiterung ausreichen. Schätzungen des Bedarfs liegen zwischen 3000 bis 4000 Haftplätzen für die gesamte Sozialtherapie (Calliess/Müller-Dietz 2002, § 9 Rn. 1; Rehn 2001, S. 273). Die Berechnung des Bedarfs ist deshalb schwierig, weil nicht nur die Anzahl der Sexualstraftäter mit einer zeitigen Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren und die durchschnittliche Therapiedauer zu berücksichtigen sind, sondern auch der Anteil derjenigen Gefangenen, bei denen die Behandlung gem. § 9 I StVollzG angezeigt ist. Verlässliche Zahlen gibt es dazu nicht, sondern nur Schätzungen. So setzt Rehn diesen Anteil in seiner differenzierten Bedarfsberechnung mit 35% an, andere gehen von deutlich niedrigeren Zahlen aus (Rehn 2001, S. 269; Wischka 2000, S. 78 ff.). Außerdem müssen auch Haftplätze für andere behandlungsbedürftige Gefangene, die nach § 9 II StVollzG aufgenommen werden können, eingeplant werden, die ja auch

## **Standards für sozialtherapeutische Einrichtungen**

Ein verbindliches Konzept, dessen Einhaltung eine sozialtherapeutische Einrichtung von einer Anstalt des Regelvollzugs unterscheidet, gibt es nicht. Vielmehr ist es grundsätzlich den Bundesländern überlassen, wie sie ihre Sozialtherapien ausstatten. In Anbetracht der Ausbaupläne stellt

sich die Frage, ob hier nur eine Masse an Haftplätzen geschaffen und mit dem Etikett »sozialtherapeutisch« versehen wird, oder ob die Erweiterungen auch die nötige Qualität bekommen.

Der Arbeitskreis Sozialtherapeutische Einrichtungen im Justizvollzug hat »Mindestanforderungen an Organisationsform, räumliche Voraussetzungen und Personalausstattung Sozialtherapeutischer Einrichtungen« erarbeitet (Arbeitskreis 2001), die allerdings rechtlich nicht verbindlich sind. Sie können jedoch als Argumentationshilfe dienen. Tatsächlich beziehen sich viele Bundesländer in ihren Plänen auf die Mindestanforderungen, um z.B. die für den erforderlichen Betreuungsschlüssel nötigen Personalstellen – für zehn Gefangene fünf Stellen im Allgemeinen Vollzugsdienst und zwei in den besonderen Fachdiensten – rechtfertigen zu können.

Neben der Definition eines bestimmten Niveaus vereinheitlichen Mindestanforderungen das Angebot auch. Dieser Trend zeigt sich z.B. in Niedersachsen, wo ein Koordinationsstab die Arbeit der sozialtherapeutischen Einrichtungen aufeinander abstimmen soll. So wurde eine verbindliche, einheitliche Diagnostik für die Zielgruppe von § 9 I StVollzG festgelegt, um die Indikationsstellung überprüfbar zu machen und Erfahrungswerte zu sammeln. Darüber hinaus soll die spätere Evaluation der Behandlung erleichtert werden. In der Behandlungsuntersuchung werden unter anderem standardisierte Verfahren zur Risikoprognose bei Sexualstraftätern und psychologische Tests angewendet. Außerdem wurde ein Rahmenkonzept entwickelt, das die sozialtherapeutischen Einrichtungen bei der Formulierung ihrer Konzepte zugrundelegen müssen. Durch einen einheitlichen Konzeptaufbau soll die Zuweisung von Sexualstraftätern zu den Einrichtungen erleichtert werden. Als sehr wichtig wird außerdem die wissenschaftliche Begründung des Einsatzes der angebotenen Behandlungsmaßnahmen zur Resozialisierung und der damit verfolgten Ziele erachtet. Einen großen Stellenwert im Rahmenkonzept hat die Dokumentation des Behandlungsgeschehens und der Entwicklung des Gefangen, die Verlaufsmessungen und Evaluation der Behandlung ermöglichen soll. Auch dafür wurde eine einheitliche Vorgehensweise erarbeitet. So werden die Daten aus der Eingangsuntersuchung an die jeweilige sozialtherapeutische Einrichtung weitergegeben, es wird eine Basisdokumentation mit Daten für die Stichtagserhebung der Kriminologischen Zentralstelle angelegt, während der Behandlung werden in regelmäßigen Abständen der »Fragebogen irrationaler Einstellungen« und der »Gruppentherapie-Verlausbogen« ausgefüllt, und in der Abschlussuntersuchung werden einige Tests aus der Eingangsuntersuchung wiederholt (Rehder, in: Kriminologische Zentralstelle 2002).

In Rheinland-Pfalz wurde als Ergänzung der Basisdiagnostik in den Regelvollzugsanstalten

eine »Checkliste zur Behandelbarkeit von Sexualstraftätern« entwickelt. Mit dieser Checkliste soll die Indikationsstellung einheitlicher und nachvollziehbarer werden und nicht nur die Entscheidung über die Verlegung eines Gefangenen in die Sozialtherapie, sondern auch über den Versuch einer internen oder externen Therapie im Regelvollzug erleichtert werden. Sie besteht aus 38 Fragen zu formalen und inhaltlichen Verlegungskriterien, zur Einstellung zur Straftat, Schwere der

**»Ob jetzt aber tatsächlich im Strafvollzug Therapie für alle, die ihrer bedürfen, angeboten werden wird, darf bezweifelt werden.  
Die beschriebenen Bemühungen sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Rückkehr des Behandlungsvollzugs ins Rampenlicht von einer anderen, ungleich populäreren Strömung der Kriminalpolitik gefährdet wird, die als Aufgabe des Strafvollzugs in erster Linie die Sicherung der Bevölkerung vor Straftätern durch sehr sichere Unterbringung von Straftätern sieht«**

Persönlichkeitsstörung und Delinquenz, Beobachtung während des Vollzugs sowie zusätzlichen Fragen bei Tätern mit Opfern aus der eigenen Familie. Die Checkliste soll nur ein Hilfsmittel bei der Beurteilung der Behandlungseignung sein, das dem Benutzer eine eigene Einschätzung nicht abnimmt (Händel/Judith 2001). Es zeigt sich aber auch hier eine Entwicklung zur Vereinheitlichung bei der Behandlung und zu einer einheitlichen Dokumentation des Geschehens.

Vereinheitlichung und umfassende Dokumentation gehören zum Trend des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung im Strafvollzug. Dass Maßnahmen zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung auch im sozialtherapeutischen

Vollzug eingeführt werden, ist nicht weiter verwunderlich. Gerade die Pflicht zur Erweiterung der Haftplatzkapazität stellt die Bundesländer vor die Aufgabe, mit möglichst wenig Geld möglichst viele Haftplätze mit einem umfassenden Betreuungs- und Behandlungsangebot zu schaffen. Dieses Angebot muss geeignet sein, das mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten abgegebene Versprechen zu halten, dass die Rückfälligkeit gefährlicher Straftäter deutlich gesenkt wird. Durch Maßnahmen des Qualitätsmanagements sollen Strukturen und Abläufe durchschaubarer und nachvollziehbarer werden, durch eine Dokumentation kann die Implementation von Standards überprüft werden. Außerdem gehört zur Effizienz- und Effektivitätskontrolle auch eine Untersuchung der Ergebnisse, hier: des Behandlungserfolgs. Es wäre also erfreulich, wenn die Standardisierung nicht nur zur Ortung von Einsparpotenzialen, sondern tatsächlich zur Qualitätssteigerung führen würde.

## Neue Therapieangebote

Bis zur Gesetzesänderung lag der Anteil der Gefangenen in der Sozialtherapie, die ihre Strafe wegen eines Sexualdelikts verbüßten, bei weniger als einem Viertel, dominiert haben Eigentums- und Vermögenssträger. Bis zum letzten Frühjahr haben sich die Anteile umgekehrt, so dass im Jahr 2002 45% eine Strafe wegen eines Sexualdelikts und 22% wegen eines Eigentums- oder Vermögensdelikts verbüßten. Auch innerhalb der Gruppe der Sexualdelinquenten haben sich die Deliktschwerpunkte geändert. 1997 waren 60% wegen Vergewaltigung oder sexueller Nötigung und gut 30% wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilt, 2002 betrug der Anteil beider Deliktsgruppen jeweils ca. 45% (Krüger 2002, S. 35). Problematisch an der Vergrößerung dieser Gruppe innerhalb der Gesamtpopulation ist die mit der Zunahme des Anteils der wegen Kindesmissbrauchs Verurteilten wachsende Anzahl an Pädophilen, die einer anderen therapeutischen Vorgehensweise bedürfen als z.B. Gewalttäter (Specht in Kriminologische Zentralstelle 2002, S. 37). Das therapeutische Repertoire der Sozialtherapie musste deshalb erweitert werden.

In Hamburg wurde das Sex Offender Treatment Programme (SOTP) eingeführt. Dabei handelt es sich um ein manualisiertes und modularisiertes, kognitiv-verhaltensorientiertes Gruppenprogramm, das Anfang der 1990er Jahre durch eine Arbeitsgruppe des englischen Innenministeriums für den englischen und walisischen Strafvollzug entwickelt wurde. Beim SOTP geht es vor allem um die Tathandlungen, um Selbsttäuschungen und Einstellungen zur Tat selbst und zu den dem Delikt vorangegangenen Entscheidungsprozessen. Es gibt drei Teilprogramme: das Kernprogramm (core programme), eine Version für Täter mit besonders schlechter Legalprognose (extended programme) und ein Auffrischungsprogramm (bo-

ster programme) für Gefangene, die das Kernprogramm absolviert haben und vor der Entlassung stehen. Zum Kernprogramm gehören Module zu kognitiven Verzerrungen, zum Deliktsszenario, zur Opferempathie und zur Identifikation von individuellen Risikofaktoren, außerdem wird mit jedem Teilnehmer ein Rückfallvermeidungsplan erarbeitet. Angeboten wird das Programm in der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA Nesselstraße und in der Sozialtherapeutischen Anstalt Bergedorf (Berner/Becker 2001; Thiel, in: Kriminologische Zentralstelle 2002).

Das SOTP diente als Vorbild für das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) in Niedersachsen. Auch dieses Programm ist für Gruppen konzipiert, in Themenblöcke aufgeteilt und geht kognitiv-verhaltensändernd vor, es gibt ein Handbuch mit Grundlagentexten und Arbeitsmaterialien. Anders als das SOTP ist es aber aufgeteilt in einen ersten deliktsspezifischen Teil, in dem vor allem allgemeine soziale Fertigkeiten behandelt werden, und einen zweiten deliktsspezifischen Teil, der sich dem Tatablauf, damit verbundenen Einstellungen und Entscheidungen, Risikosituationen, der Opferempathie und Rückfallverhütung widmet. Das Programm soll sowohl in der Sozialtherapie als auch im Regelvollzug angeboten werden (Wischka et al. 2001). Das SOTP und das BPS sind mittlerweile auch von anderen Bundesländern übernommen worden.

Neben diesen besonderen Programmen für Sexualstraftäter gibt es auch andere kognitiv-verhaltenstherapeutische Angebote, die deliktsabhängig bestimmte Fähigkeiten trainieren. Ein Beispiel ist das Programm »Mit Köpfchen durchs Leben«, das in der Sozialtherapeutischen Anstalt Erlangen eingesetzt wird. Auch hier handelt es sich um ein modularisiertes Gruppentraining, bei dem mit Hilfe von Methoden des sozialen Lernens prosoziale Einstellungen und Verhaltensmöglichkeiten erworben werden sollen. Das Training besteht aus Einheiten zum Einüben sozialer Fertigkeiten, insbesondere angemessene Kommunikation, Umgang mit Ärger, zur Förderung der moralischen Urteilsbildung sowie einem systematischen Problemlösetraining und ist in Lernschleifen aufgebaut. Das bedeutet, dass die Themen immer wieder behandelt und vertieft werden. Allerdings können die Module auch einzeln oder in einer anderen Reihenfolge eingesetzt werden. Das Training kann grundsätzlich auch im Regelvollzug durchgeführt werden (Pfaff 2001).

## Ausblick

Durch seine weite und offene Formulierung bietet das Gesetz viele Möglichkeiten zur Fortentwicklung der Sozialtherapie im Justizvollzug, gleichzeitig erlaubt es aber auch die Beschränkung des Ausbaus auf ein Minimum. In vielen Bundesländern haben die Justizvollzugsämter ambitionierte Projekte initiiert. Sie betreiben nicht nur den teilweise erheblichen Ausbau und

die Verbesserung der sozialtherapeutischen Einrichtungen, sondern auch die Verbesserung der Angebotsstruktur im Regelvollzug. Neue Behandlungsmaßnahmen werden entwickelt. Der Strafvollzug unterwirft sich mit dem Qualitätsmanagement einer mehr oder weniger freiwilligen Selbstkontrolle. Mit anderen Worten: Es tut sich was, und zwar mehr als in den vergangenen 20 Jahren.

Ob jetzt aber tatsächlich im Strafvollzug Therapie für alle, die ihrer bedürfen, angeboten werden wird, darf bezweifelt werden. Die beschriebenen Bemühungen sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Rückkehr des Behandlungsvollzugs ins Rampenlicht von einer anderen, ungleich populäreren Strömung der Kriminalpolitik gefährdet wird, die als Aufgabe des Strafvollzugs in erster Linie die Sicherung der Bevölkerung vor Straftaten durch sehr sichere Unterbringung von Straftätern sieht. Illustriert wird dieser Trend z.B. durch die hessische Bundesratsinitiative zur Aufwertung des Schutzes der Allgemeinheit zum mit der Resozialisierung gleichberechtigten Vollzugsziel (BR-Drucksache 910/02 v. 10.12.2002; vgl. dazu Dünkel 2003). Jeder Euro, der in die relativ üppige Ausstattung der Sozialtherapie investiert wird, muss doppelt und dreifach gerechtfertigt werden, da man damit auch viele Haftplätze im Sicherungsvollzug bauen könnte. Die sozialtherapeutischen Anstalten und Abteilungen sowie die Behandlungsmaßnahmen im Regelvollzug werden so wie schon in der Anfangsphase der 1970er Jahre einem hohen Erwartungsdruck ausgesetzt, dem sie kaum gerecht werden können, da selbst mit einer optimalen Ausstattung die Rückfallquote nicht auf Null gesenkt würde. Es bleibt zu hoffen, dass diejenigen, die an der Verbesserung des Resozialisierungsvollzugs arbeiten, sich trotzdem nicht ins Abseits drängen lassen.

*Kirstin Drenkhahn ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Kriminologie in Greifswald*

## Literatur

- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. (2001): Mindestanforderungen an Organisationsform, räumliche Voraussetzungen und Personalausstattung Sozialtherapeutischer Einrichtungen. Informationsschrift des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V. 1/2001, S. 6–9.
- Beier, K. M., Hinrichs, G. (1996): Die Sankelmarker Thesen zur Psychotherapie mit Straffälligen. *MschR-Krim* 79, S. 25–37.
- Berner, W., Becker, K. H. (2001): »Sex Offender Treatment Programme« (SOTP) in der Sozialtherapeutischen Abteilung Hamburg-Nesselstraße. In: Rehn, G., Wischka, B., Lösel, F., Walter, M. (Hrsg.): Behandlung »gefährlicher Straftäter«. Herbolzheim, S. 206–217.

Calliess, R.-P., Müller-Dietz, H. (2002): Strafvollzugsgegesetz. 9. Aufl. München.

Dahle, K.-P. (1997): Therapie und Therapieindikation bei Straftätern. In: Steller, M., Volbert, R. (Hrsg.): Psychologie im Strafverfahren. Bern, S. 142–159.

Dolde, G. (1996): Zur »Bewährung« der Sozialtherapie im Justizvollzug von Baden-Württemberg. *ZfStrVo* 45, S. 290–297.

Dünkel, F. (2003): Sicherheit als Vollzugsziel? *NK* 15, Heft 1, S. 8–9.

Dünkel, F., Drenkhahn, K. (2001): Behandlung im Strafvollzug: von »nothing works« zu »something works«. In: Bereswill, M., Greve, W. (Hrsg.): Forschungsthema Strafvollzug. Baden-Baden, S. 387–417.

Egg, R. (1999): Straftäterbehandlung unter Bedingungen äußerer Zwanges. In: Feuerhelm, W., Schwind, H.-D., Bock, M. (Hrsg.): Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag am 14. Juni 1999. Berlin, New York, S. 397–418.

Egg, R. (2000): Die Behandlung von Sexualstraftätern in sozialtherapeutischen Anstalten. In: Egg, R. (Hrsg.): Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug. Wiesbaden, S. 75–97.

Händel, M., Judith, U. (2001): Checkliste zur Behandelbarkeit von Sexualstraftätern. *BewHi* 48, S. 374–382.

Konrad, N. (1998): Sexualstraftäter und Sozialtherapeutische Anstalt: Nach der Gesetzesänderung. *ZStrVo* 47, S. 265–270.

Kriminologische Zentralstelle (Hrsg., 2002): Expertenkolloquium »Sozialtherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern«. Wiesbaden.

Kröniger, S. (2002): Sozialtherapie im Strafvollzug 2002. Wiesbaden.

Pfaff, C. (2001): »Mit Köpfchen durchs Leben« – Ein kognitiv-behaviorales Trainingsangebot zur Förderung sozialer Kompetenzen. In: Rehn, G., Wischka, B., Lösel, F., Walter, M. (Hrsg.): Behandlung »gefährlicher Straftäter«. Herbolzheim, S. 170–192.

Rehn, G. (2001a): Chancen und Risiken. In: Rehn, G., Wischka, B., Lösel, F., Walter, M. (Hrsg.): Behandlung »gefährlicher Straftäter«. Herbolzheim, S. 26–35.

Rehn, G. (2001b): »Wer A sagt ....« – Haftplätze und Haftplatzbedarfe in Sozialtherapeutischen Einrichtungen. In: Rehn, G., Wischka, B., Lösel, F., Walter, M. (Hrsg.): Behandlung »gefährlicher Straftäter«. Herbolzheim, S. 264–275.

Schwind, H.-D., Böhm, A. (Hrsg., 1999): Strafvollzugsgegesetz. 3. Aufl. Berlin, New York.

Wischka, B. (2000): Sexualstraftäter im niedersächsischen Justizvollzug. Situation und Perspektiven. *BewHi* 2000, S. 76–101.

Wischka, B., Poppe, E., Griepenburg, P., Nuhn-Naber, C., Rehder, U. (2001): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im niedersächsischen Justizvollzug. In: Rehn, G., Wischka, B., Lösel, F., Walter, M. (Hrsg.): Behandlung »gefährlicher Straftäter«. Herbolzheim, S. 193–205.