

KRIMZ



NZK

Stadtmission 
Nürnberg

Extramurale Behandlung und Betreuung von Sexualstraftätern

**Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage
zur Nachsorge-Praxis 2016**

Priscilla Gregório Hertz

Lisanne Breiling

Claudia Schwarze

Rebekka Klein

Martin Rettenberger

BM-Online

Elektronische Schriftenreihe der KrimZ

Band 13

Berichte und Materialien (BM-Online)
Elektronische Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ)
Band 13

Extramurale Behandlung und Betreuung von Sexualstraftätern

Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage
zur Nachsorge-Praxis 2016

VerfasserInnen

Priscilla Gregório Hertz

Lisanne Breiling

Claudia Schwarze

Rebekka Klein

Martin Rettenberger

Wiesbaden 2017

Diese Publikation wird gefördert aus Mitteln des Nationalen Zentrums für Kriminalprävention (NZK).

© **Eigenverlag** Kriminologische Zentralstelle e.V.

Alle Rechte vorbehalten

KRIMZ
KRIMINOLOGISCHE ZENTRALSTELLE

Viktoriastraße 35, 65189 Wiesbaden

<http://www.krimz.de/publikationen>

ISSN 2199-4188

ISBN 978-3-945037-21-8

Vorwort

Die Kriminologische Zentralstelle (KrimZ) führte 2017 eine bundesweite Erhebung in Nachsorgeeinrichtungen für (Sexual-)Straftäter durch. Ziel dieser Befragung war es, durch eine Jahresstatistik 2016 den Ist-Zustand der extramuralen Versorgungsstrukturen in Deutschland abzubilden. Auf der Grundlage struktureller, klientelbezogener, behandlungstechnischer und evaluationsbezogener Fragen sollen im Anschluss Zukunftsperspektiven abgeleitet und diskutiert werden.

Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Zentrum Kriminalprävention (NZK) in Bonn, der Psychotherapeutischen Fachambulanz der Stadtmission Nürnberg sowie dem Zentrum für interdisziplinäre Forensik (ZiF) an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (JGU) durchgeführt. Das Projekt wurde finanziert durch Fördermittel des NZK, bei dem wir uns an dieser Stelle für die ausgezeichnete Zusammenarbeit und die finanzielle Unterstützung bedanken möchten.

Unser herzlicher Dank gilt außerdem allen Kolleginnen und Kollegen, die sich die Zeit genommen haben, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen und damit sowohl Wissenschaft als auch Praxis mit wertvollen Informationen bereichert haben.

Wiesbaden, im Dezember 2017

Priscilla Gregório Hertz

Lisanne Breiling

Claudia Schwarze

Rebekka Klein

PD Dr. Martin Rettenberger

Direktor der Kriminologischen
Zentralstelle

Inhalt

1	Einleitung.....	7
2	Methoden.....	10
3	Ergebnisse.....	12
3.1	Rücklaufquote.....	12
3.2	Formale Aspekte der Einrichtungen.....	13
3.2.1	Finanzierung.....	17
3.2.2	Personalangelegenheiten und Organisation.....	18
3.2.3	Prioritäten und Zusammenarbeit mit anderen Behörden.....	22
3.3	Merkmale der Klientel.....	24
3.3.1	Anlassdelikte und kriminelle Vorgeschichte.....	28
3.3.2	Rechtliche Situation.....	30
3.3.3	Psychiatrische Aspekte.....	32
3.4	Behandlungsbezogene Aspekte.....	35
3.4.1	Formaler Rahmen der Behandlung.....	35
3.4.2	Rehabilitationsmodelle und therapeutische Ansätze.....	36
3.4.3	Standardisierte Diagnostik und Kriminalprognose.....	40
3.5	Qualitätsmanagement.....	45
3.5.1	Evaluation von Einrichtungen.....	45
3.5.2	Evaluierte Behandlungskonzepte.....	53
4	Fazit und Schlussfolgerungen.....	57
	Literatur.....	60
	Anhang – Fragebogen der vorliegenden Untersuchung.....	69

1 Einleitung

Lange Zeit war in Deutschland ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl von Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten zu beobachten, bis diese Zahl im Jahr 2007 ihren bisherigen Höchststand erreichte (Statistisches Bundesamt, 2013). Der dadurch zunehmende Kostendruck auf die öffentlichen Haushalte führte dazu, dass in den Einrichtungen des Straf- und Maßregelvollzugs die Entwicklung von Alternativen zur konventionellen Behandlung im geschlossenen Setting zunehmend in den Fokus des Interesses rückte (Lau, 2003). Infolgedessen wurde in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren der Ausbau extramuraler Versorgungsstrukturen intensiv vorangetrieben. Diese Entwicklung wurde zuletzt durch die 2007 eingeführte Reform der Führungsaufsicht unterstützt (Schneider, 2007), durch die die forensische bzw. forensisch-psychiatrische Nachsorge zu einem integralen Bestandteil der Führungsaufsicht wurde. Durch die Reform wurde der ambulanten Versorgung psychisch kranker Straftäter der rechtliche Rahmen gegeben, der in forensisch-psychiatrischen Fachkreisen bereits seit Jahren diskutiert und gefordert worden war (Hahn, 2007).

Auch im Falle schuldfähiger Straftäter erfüllt die Führungsaufsicht die Funktion einer Maßregel der Besserung und Sicherung (§ 68 StGB), die über eine reine Bewährungsaufsicht hinausgeht (Kliesch, 2017). Anfänglich diente die Nachbetreuung von aus dem Strafvollzug entlassenen und zu Bewährungsstrafen verurteilten Personen in solchen Einrichtungen dennoch lediglich dem Ausgleich des Mangels geeigneter, speziell für diese Klientel¹ konzipierter Therapieangebote (Hahn, 2007). Einer Befragung aus dem Jahr 2013 zufolge (Freese, 2014) betreuten in Deutschland 69 forensische Ambulanzen insgesamt 5,895 Klienten, wobei die Mehrheit dieser Fälle (etwa 4,425) in Ambulanzen des Maßregelvollzugs behandelt wurde.

Sicherheit, Unterbringungsdauer, Kostensenkung und Resozialisierung sind Faktoren, die in einem engen Zusammenhang mit dem Ausbau der forensischen Ambulanzen stehen. Die ambulante Nachbetreuung von Straftätern begünstigt die Früherkennung von Risikokonstellationen

1 In diesen Bericht wird die Wortwahl Klientel bzw. Klienten statt Patienten/-innen bevorzugt, da es sich um einen breiter gefassten Begriff handelt und diese Personen daher zutreffender beschreibt; zudem ist das Vorliegen einer (psychischen) Erkrankung für die Anordnung einer Gerichtsaufgabe und darauffolgend die Aufnahme in die ambulante Behandlung/Betreuung nicht ausschlaggebend.

und Krisen, so dass sie im Kontext der Rückfallprävention und des Opferschutzes eine entscheidende Rolle spielt. Darüber hinaus ermöglichen diese Strukturen eine Verkürzung der Unterbringungsdauer und folglich eine Verringerung der staatlichen Ausgaben. Beispielsweise kostete zwischen 2001 und 2003 die Unterbringung im Strafvollzug den Staat ca. 91 Euro pro Tag für jeden Inhaftierten (Entorf, Meyer & Möbert, S. 169); Schätzungen des Bundesministeriums der Justiz² zufolge lag im Jahr 2011 der Bundesdurchschnitt bei 109,38 Euro. Im Maßregelvollzug entstehen täglich durchschnittliche Kosten von 210 Euro pro Untergebrachten, wohingegen ein Tag Nachsorge in Ambulanzen des Maßregelvollzugs Kosten von etwa 17 Euro verursacht (Butz, Mokros & Osterheider, 2013). Schließlich ist die Resozialisierung von Straftätern seit circa 40 Jahren der zentrale Zweck des deutschen Strafvollzugs (Dessecker, 2017), der auch im ambulanten Setting im Mittelpunkt steht.

Am 30. November 2006 betrug die Anzahl der Gefangenen und Verwahrten in den Justizvollzugsanstalten laut Statistischem Bundesamt (2014) 76,629. Zehn Jahre später verringerte sich diese Zahl um ca. 18 % auf 62,865 (Statistisches Bundesamt, 2017). Mittlerweile gehört Deutschland zu den Ländern mit den niedrigsten Gefangenensraten (Dünkel, Geng & Harrendorf, 2016). Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass auch andere Faktoren, wie beispielsweise die rückläufige Kriminalität und die alternde Gesellschaft, ebenso zum Rückgang der Gefangenenzahlen beigetragen haben, kann dem Ausbau forensischer Ambulanzen und der damit einhergehenden verbesserten Betreuung und Behandlung von (Sexual-)Straftätern ebenfalls ein positiver Effekt hinsichtlich der Unterbringungsdauer und des damit assoziierten Rückgangs der Gefangenenzahlen attestiert werden (Rettenberger, 2016).

Der Übergang vom Vollzug in die Bewährung und die Freiheit ist aufgrund des in dieser Phase erhöhten Rückfallrisikos besonders kritisch. Aus diesem Grund stellt die ambulante (Weiter-)Behandlung strafentlassener Personen einen wesentlichen Teil eines effizienten Versorgungskonzepts dar, insbesondere beim Vorliegen behandlungsbedürftiger psychischer Störungen (Pitzing, 2003). Beispielsweise konnten Frädrich und Pfäfflin (2000) mittels einer repräsentativen Stichprobe belegen, dass der Anteil an behandlungsbedürftigen Persönlichkeits-

2 Antwort des Bundesministeriums für Justiz auf eine online gestellte Anfrage. Genaue Erklärungen sind auf der Internetseite <https://fragdenstaat.de/anfrage/inhaftierungskosten-in-justizvollzugsanstalten/> zu finden (letzter Zugriff am 11.10.2017).

störungen in der Gruppe der Strafgefangenen insgesamt 50 % beträgt, bei Sexualstraftätern sogar 63 % – Zahlen, die in späteren Prävalenzstudien weitgehend Bestätigung fanden (Eher, Rettenberger & Schilling, 2010). Letztendlich sind psychotherapeutische Maßnahmen über die reine Sanktionspraxis hinaus notwendig, um bei Menschen, die eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung begangen haben, langfristige Verhaltensveränderungen zu bewirken. Dadurch können auch jene positiven Veränderungen, die intramural bereits erarbeitet werden konnten, im extramuralen Bereich bewährt, erprobt, stabilisiert und weiter ausgebaut werden (Zisterer-Schick, 2011), um auf diese Weise die Legalbewährungschancen möglichst nachhaltig zu erhöhen.

Nach positiven Erfahrungen in Ländern wie Kanada, den Niederlanden, England, der Schweiz und Österreich, in denen ein Gesamtkonzept aus Strafe und Therapie umgesetzt und eine enge Zusammenarbeit von Justiz, Vollzug, Bewährungshilfe und Psychotherapeuten/-innen früh implementiert werden konnte, gingen die Rückfallquoten im internationalen Vergleich mit nicht behandelten Sexualstraftätern signifikant zurück (z. B. Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Pitzing, 2003, 2012; Rettenberger, 2016). Dennoch verließ laut Krupinski (2011) im Jahr 2011 die große Mehrheit der Straftäter die Gefängnisse nach wie vor ohne adäquate Nachsorge.

Die Evaluationsforschung konnte die Wirksamkeit ambulanter Betreuungs- und Behandlungsprogramme bei Sexualstraftätern, gemessen am Kriterium der (einschlägigen) Rückfälligkeit, mehrfach belegen (z. B. Hanson et al., 2009; Keßler & Rettenberger, 2017). Darüber hinaus wurden stärkere Effekte bei extramuralen Behandlungsprogrammen im Vergleich zu Interventionsprogrammen während der Inhaftierungszeit gezeigt (Kim, Benekos & Merlo, 2016; Schmucker & Lösel, 2015). Obwohl die oben beschriebenen Ergebnisse auf den ersten Blick erfreulich sind, muss der aktuelle Forschungsstand aufgrund diverser methodischer Einschränkungen trotzdem kritisch diskutiert werden (Keßler & Rettenberger, 2017).

Aktuell ist keine bundesweite Erfassung des aktuellen Standes der extramuralen Versorgungsstrukturen für Straftäter öffentlich verfügbar. Mit dem vorliegenden Bericht soll diese Lücke geschlossen werden, wobei der inhaltliche Schwerpunkt auf der ambulanten Nachsorge-

Praxis bei Sexualstraftätern³ liegt. Dabei soll auch die kriminalpräventive Relevanz dieser ambulanten Behandlungsform gewürdigt werden. Überdies stellte die Befragung im Rahmen dieses Projekts eine Möglichkeit dar, sich den aus der Sicht der Ambulanzen derzeit noch bestehenden Problembereichen, Ressourcenengpässen und Entwicklungspotentialen zu widmen. Folglich sind die Ergebnisse dieser Erhebung nicht nur für die Wissenschaft und die politischen Entscheidungsträger von Relevanz, sondern auch für Einrichtungen, die an der praktischen Umsetzung des Nachsorgeauftrags beteiligt sind.

2 Methoden

Im Mittelpunkt dieser Befragung stehen Merkmale der Klientel und Informationen zu Behandlungstechniken sowie zur Anwendung diagnostischer und kriminalprognostischer Verfahren und therapeutischer Ansätze. Ebenfalls wurde der Frage nach einrichtungsintern durchgeführten Evaluationsstudien und der Anwendung von bereits extern evaluierten Behandlungskonzepten nachgegangen. Des Weiteren wurden formal-strukturelle Gegebenheiten bezüglich Finanzierung, Personal und Organisation sowie die Einschätzung bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen relevanten Behörden und Instanzen erfasst.

Aufbauend auf Erhebungen, die durch die Leitung der Nachbetreuungseinrichtung in Nürnberg (Stadtmission Nürnberg e.V., Leitung: Fr. Dipl.-Psych. Claudia Schwarze) in den vorangegangenen Jahren durchgeführt wurden, wurde zunächst eine Online-Recherche nach derzeit operierenden Einrichtungen vorgenommen, die in der ambulanten Betreuung und Behandlung von Straftätern tätig sind. Eine genaue Unterscheidung zwischen jenen Einrichtungen, die ausschließlich weiterführende Behandlungen von Entlassenen aus dem Maßregelvollzug betreiben und solchen, die unter anderem oder ausschließlich zu Strafen Verurteilte unter Bewährung betreuen – aus dem Justizvollzug entlassene Personen oder Menschen, die zu Bewährungsstrafen verurteilt wurden –, war aufgrund der nicht immer klaren Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche nicht in jedem Fall möglich. Außerdem ist während des Rechercheprozesses ersichtlich geworden, dass bisher keine einheitliche Benennung

3 Gemeint sind alle (Sexual-)Straftäter bzw. Klienten unabhängig vom biologischen Geschlecht. Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine Gender-neutrale Schreibweise verzichtet.

dieser Institutionen vorgenommen wurde. Begrifflichkeiten wie „Forensische Ambulanz des Strafvollzugs“, „Forensische Fachambulanz der Justiz“, „Forensisch-psychiatrische Ambulanz“, „Psychotherapeutische Ambulanz der Justiz“, „Sozialtherapeutische Nachsorge“, um nur einige Beispiele zu benennen, werden verwendet, ohne dass damit zwangsläufig auch eine inhaltliche Differenzierung des Aufgabenbereichs oder der Arbeitsweisen verbunden sein muss. Diese Unterscheidung erschien dennoch zunächst nebensächlich zu sein, da es bei dem Forschungsvorhaben primär darum ging, ein möglichst flächendeckendes Bild der extramuralen Versorgungsstrukturen zu erhalten, mit Schwerpunkt auf der Betreuung von ehemaligen (Sexual-)Straftätern, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden. Da über die Ambulanzen des Maßregelvollzugs bereits relativ viel bekannt ist (z. B. Freese, 2014), sollten Einrichtungen, die ausschließlich ehemalige Maßregelvollzugspatienten betreuten, nicht berücksichtigt werden.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung beschreibt der Begriff „Ambulanz“ jene Einrichtungen, die, unabhängig von Träger bzw. finanzierenden Stellen, an der ambulanten Behandlung und Betreuung folgender Personen beteiligt sind:

- Aus der Justizvollzugsanstalt Entlassene (nach Vollverbüßung oder vorzeitiger Entlassung gemäß § 57 StGB),
- sich noch in der Justizvollzugsanstalt befindliche Straftäter,
- Straftäter mit einer primären Bewährungsstrafe gemäß § 56 StGB sowie
- ehemalige Sicherungsverwahrte gemäß § 67a StGB.

Die im Rahmen dieses Forschungsprojekts relevanten Aspekte wurden mithilfe eines Online-Fragebogens erhoben, der unter Verwendung des Softwarepakets *SoSci Survey* (www.soscisurvey.de) erstellt wurde. Jede potentiell teilnehmende Einrichtung erhielt eine automatisch generierte E-Mail, in der das Ziel des Forschungsprojekts beschrieben und über wichtige Informationen – wie die voraussichtliche Abgabefrist und die Freiwilligkeit der Teilnahme – aufgeklärt wurde. Einrichtungen, in denen ausschließlich ehemalige Maßregelvollzugspatienten sowie sogenannte Tatgeneigte bzw. Freiwillige mit krimineller Vorgeschichte betreut und behandelt werden, waren nicht Gegenstand der Untersuchung. Aufgrund der nicht eindeutig gegebenen Definition und Differenzierung der Aufgaben nach Zielklientel wurde der Fragebogen so konzipiert, dass zu Beginn eine Abfrage des Zuständigkeitsbereichs erfolgte. Dadurch soll-

ten Einrichtungen, die keine der oben genannten relevanten Zielgruppen betreuen, gleich zu Beginn identifiziert und von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen werden.

Da der Fragebogen inhaltlich vergleichsweise umfangreich war, wurde den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, die Bearbeitung jederzeit zu unterbrechen und diese zu einem späteren Zeitpunkt durch erneutes Aufrufen des personalisierten Links fortzusetzen. Bereits eingegebene Daten blieben gespeichert, wobei die Anonymität der Angaben durchgehend gewährleistet blieb. Eine Ausnahme lag ausschließlich dann vor, wenn die Teilnehmer/-innen, die an einer Rückmeldung der Ergebnisse interessiert waren und/oder interne Evaluationsberichte zu Verfügung stellen konnten und wollten, auf freiwilliger Basis Kontaktdaten angaben.

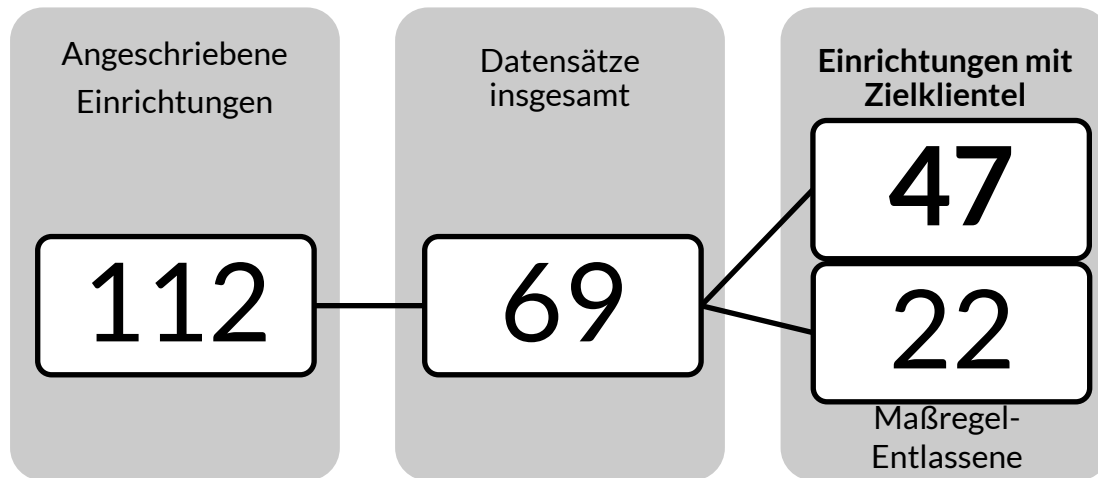
Die Befragung startete am 16. Januar 2017, die erste Abgabefrist war am 15. Februar 2017. Aufgrund von Nachfragen seitens potentieller Teilnehmer/-innen erfolgte eine Verlängerung bis zum 01. März 2017, wobei ausgefüllte Fragebögen bis zum 31. März 2017 entgegengenommen wurden.

3 Ergebnisse

3.1 Rücklaufquote

Insgesamt wurden $N = 112$ Einrichtungen angeschrieben, von denen angenommen werden konnte, dass sie dem für diese Befragung relevanten Profil entsprachen. Der Fragebogen wurde von 69 Einrichtungen ausgefüllt, davon wurden 22 bereits nach den Eingangsfragen aus der Befragung herausgefiltert, weil sie ausschließlich ehemalige Maßregelvollzugspatienten und/oder tatgeneigte Personen betreuen und behandeln. Bei der weiteren Darstellung der Ergebnisse werden die Angaben dieser Einrichtungen ausgeschlossen. Der Fragebogen wurde von insgesamt 47 Einrichtungen, die in das beschriebene Profil der vorliegenden Studie passten, bearbeitet.

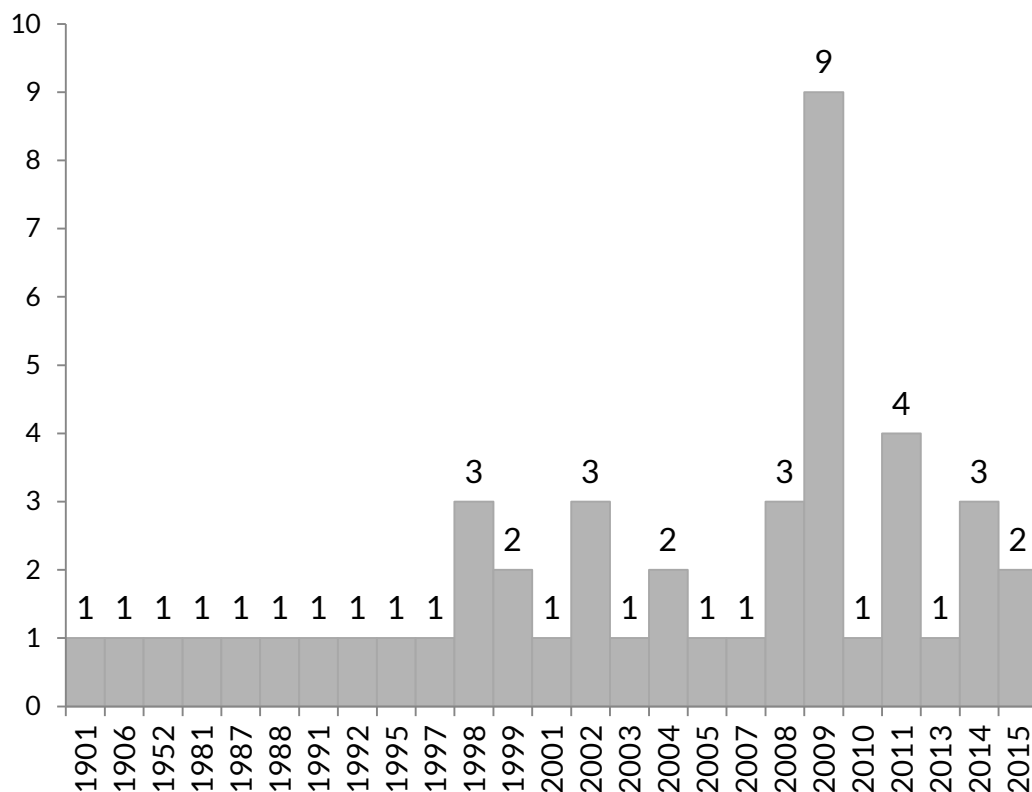
Abb. 1: Rücklaufquote – Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen



3.2 Formale Aspekte der Einrichtungen

Wir erhielten Rückmeldungen aus 15 Bundesländern, sodass lediglich ein Bundesland nicht vertreten war. Die Gründungsjahre der von uns erreichten Ambulanzen sind Abbildung 2 zu entnehmen.

-
1. Wie werden die teilnehmenden Einrichtungen finanziert?
 2. Welche Arbeitskräfte werden in diesen Einrichtungen benötigt? Aus welchen Berufsgruppen setzen sich die Teams in den Einrichtungen zusammen?
 3. Wie sehen die Einrichtungen selbst die Prioritäten ihrer durchzuführenden Aufgaben?
-

Abb. 2: Anzahl der Einrichtungen nach Gründungsjahre (n = 47)

Im Durchschnitt bestehen die Ambulanzen seit 16.94⁴ Jahren ($SD = 23.13$). Die Frage nach dem Eröffnungsjahr der Einrichtungen ist nicht nur unter deskriptiven Gesichtspunkten interessant, sie liefert darüber hinaus Hinweise auf die Auswirkungen gesetzlicher Veränderungen und politischer Maßnahmen. Abbildung 2 zeigt, dass es vor allem in der Zeit nach 2007, d. h. nach der Gesetzesreform zur Führungsaufsicht, einen Anstieg von Neugründungen gab. Dem Anstiegspunkt 1998 liegt womöglich die Stärkung des Behandlungsgedankens durch die Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderer gefährlicher Straftaten vom 26. Januar 1998 (BGBl. I, S. 160) zugrunde. Hierdurch wurde Therapie für einen Großteil der Sexualstraftäter verpflichtend.

Bei der Frage nach den Trägern hatten die Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, mehrere Antwortmöglichkeiten sowie nicht explizit aufgeführte Träger anzugeben. Die prozentualen Angaben sind als der durchschnitt-

4 Vermutlich ist in Ausnahmefällen das Jahr der Gründung des Trägers eingetragen worden.

liche Anteil, den jeder Träger über alle Einrichtungen hinweg einnimmt, zu interpretieren.

Wie Tabelle 1 zeigt, weisen insgesamt 39 Einrichtungen ausschließlich einen Träger auf. Davon handelt es sich bei zehn um soziale Vereine, bei acht um öffentlich-rechtliche Unternehmen (Institutionen, die auf Grundlage des öffentlichen Rechts eingerichtet wurden, z. B. Unikliniken), bei fünf um justiznahe Vereine, bei vier um Justizministerien, bei weiteren vier um kirchliche Vereine, bei drei um privatwirtschaftliche Unternehmen, bei einer um das Gesundheits-/Sozialministerium und bei vier um solche Träger, die unter der Kategorie „Andere“⁵ zusammengefasst wurden.

Tab. 1: Anteil der Träger (n = 47)

Träger	Häufigkeit	Anteil
Sozialer Verein	13	27.7%
Öffentlich-rechtliche Unternehmen	12	25.5%
Justizministerium	10	21.3%
Gesundheits-/Sozialministerium	6	12.8%
Kirchlicher Verein	5	10.6%
Justiznaher Verein	5	10.6%
Privatwirtschaftliche Unternehmen	3	6.4%
Andere	1	2.1%

Zu justiznahen Vereinen zählen Bewährungshilfe e.V., zu sozialen Vereinen pro familia e.V., zu öffentlich-rechtlichen Unternehmen Unikliniken und zu privatwirtschaftlichen Unternehmen Asklepios-Kliniken.

5 Je einmal wurden angegeben: gemeinnützige GmbH mit öffentlich-rechtlicher Beileihung, Institut zur ambulanten Behandlung von Sexualstraftätern, stadteigene gGmbH und Wohlfahrtsverband.

Eine weitere Frage betraf die räumliche Anbindung der Einrichtungen an andere Institutionen. Über die Hälfte der Teilnehmer/-innen gab keine Anbindung an. Bemerkenswert ist, dass ein Viertel der Einrichtungen, die Straftentlassene ambulant betreuen und behandeln, an eine Maßregelvollzugseinrichtungen angebunden ist. Die Angaben der Einrichtungen sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tab. 2: Anbindung an Anstalten ($n = 47$)

Anbindung	Häufigkeit	Anteil
Keine Anbindung	26	55.3%
Maßregelvollzugsanstalt	12	25.5%
Justizvollzugsanstalt	4	8.5%
Universitätsklinikum	3	6.4%
Allgemeine Psychiatrie	2	4.3%

Eine Spezialisierung des Betreuungsangebots, im Sinne einer ausschließlichen oder überwiegenden Ausrichtung des Betreuungsangebots an eine oder mehrere bestimmte Zielgruppe(n), wurde ebenfalls erfasst. Fast zwei Drittel ($n = 30$, 63.8 %) der Teilnehmer/-innen gaben an, Spezialisierungen des Betreuungsangebots auf eine bestimmte Klientel aufzuweisen. Diese Spezialisierungen beziehen sich auf verschiedene Tätergruppen sowie auf ihre unterschiedlichen Rechtslagen. Erwartungsgemäß stellt die Tätergruppe der Sexualstraftäter bei der überwiegenden Anzahl der Einrichtungen ($n = 22$) eine explizite Zielgruppe dar. Die übrigen acht Einrichtungen, die eine Spezialisierung angaben, arbeiten unter anderem mit ehemaligen Straftätern unter Führungsaufsicht, ehemaligen Sicherungsverwahrten, Opfern sexueller Gewalt oder präventiv im Dunkelfeld. Zwei Einrichtungen gaben an, jeweils speziell Männer sowie ehemalige Patienten aus dem Maßregelvollzug zu behandeln.

Unabhängig von einer gegebenenfalls vorhandenen Spezialisierung sind die Einrichtungen für verschiedene Klientengruppen zuständig. In Tabelle 3 werden die Anteile der möglichen Klientelzuständigkeiten über alle 47 teilnehmenden Einrichtungen hinweg dargestellt.

Tab. 3: Anteilige Klientelzuständigkeit über alle Einrichtungen hinweg (n = 47)

Zuständigkeit	Anteil
Entlassene aus der JVA (nach Vollverbüßung oder vorzeitiger Entlassung gemäß § 57 StGB)	93.6%
Ehemalige Sicherungsverwahrte gemäß § 66 StGB	74.5%
Primäre Bewährung gemäß § 56 StGB	57.4%
Noch in der JVA	34.0%
Ehemalige § 63 StGB (in Verbindung mit § 67b StGB)	48.9%
Ehemalige § 64 StGB (in Verbindung mit § 67b StGB)	40.4%
Noch in der Unterbringung (§§ 63, 64, 66 StGB)	21.3%
Freiwillige mit krimineller Vorgeschichte	46.8%
Freiwillige ohne kriminelle Vorgeschichte	34.0%
Andere ¹	4.3%

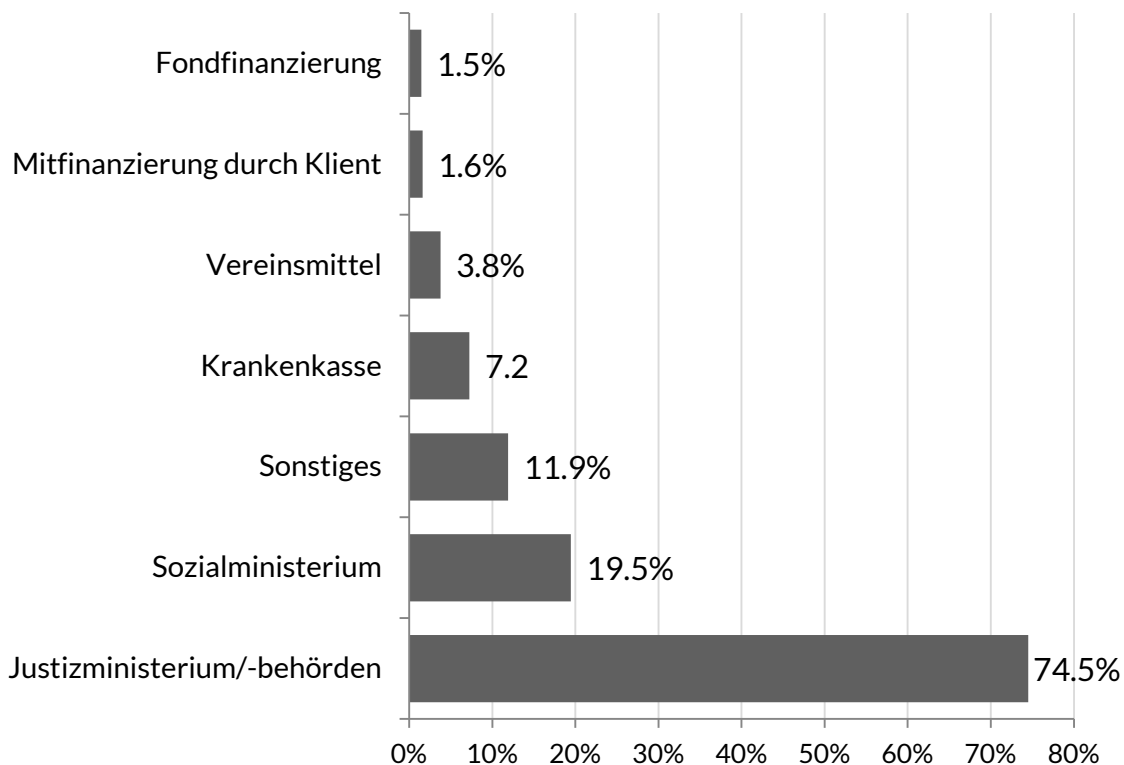
1 Einstweilige Unterbringung gem. §126a und Täter häuslicher Gewalt

Anmerkung. Die Prozentangaben hinsichtlich der Zuständigkeit erlauben keine Rückschlüsse auf die Anzahl der Klienten in den jeweiligen Kategorien.

Trotz der anfangs beschriebenen Einschränkung – d. h. des Ausschlusses der 22 Einrichtungen, die ausschließlich für ehemalige Maßregelvollzugspatienten/-innen und/oder Freiwillige zuständig sind – betreuen und behandeln ca. 50 % der Einrichtungen ehemalige nach § 63 StGB oder § 64 StGB untergebrachte Personen aus dem Maßregelvollzug. Mit anderen Worten, lediglich die Hälfte der in die Studie eingeschlossenen Ambulanzen behandeln ausschließlich JVA-Klienten.

3.2.1 Finanzierung

Die Einrichtungen können aus unterschiedlichen Quellen Finanzierungsmittel erhalten. In der Umfrage wurde das Verhältnis der Finanzierung durch verschiedene Quellen untersucht. Die Angaben waren prozentual und mussten in der Summe pro Einrichtung 100 % ergeben. Die durchschnittliche Finanzierung aller Einrichtungen durch die vorgegebenen Institutionen ist Abbildung 3 zu entnehmen.

Abb. 3: Finanzierung der Einrichtungen im Durchschnitt (n = 27)

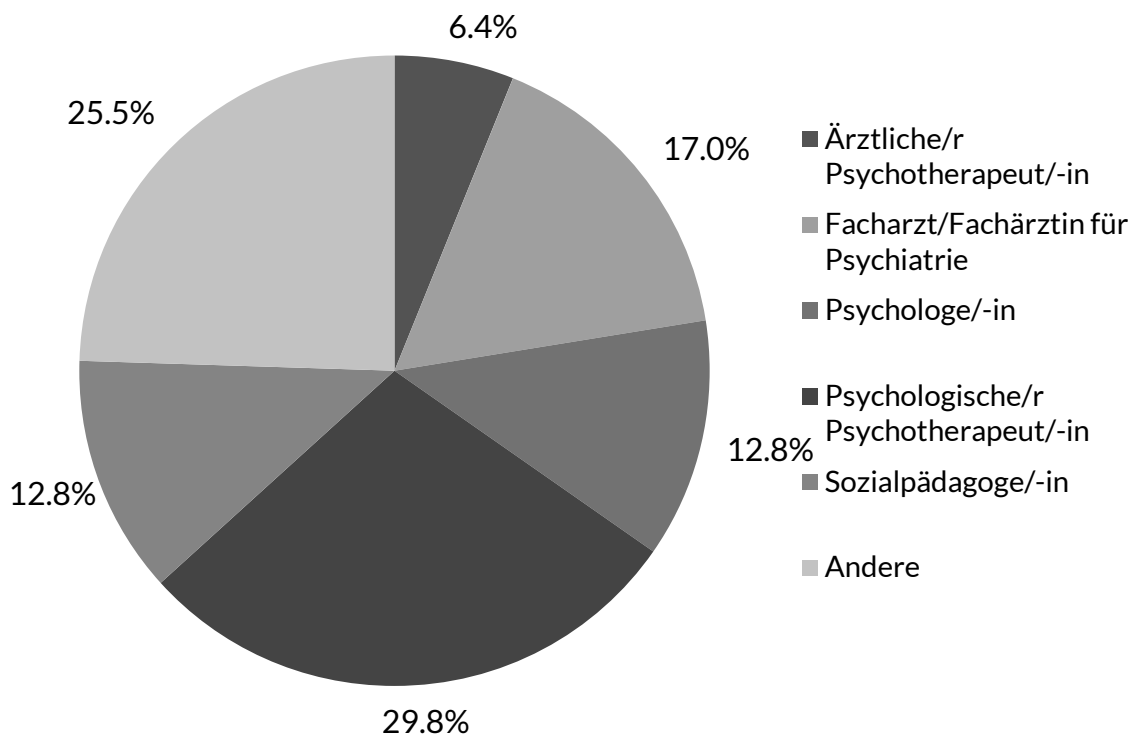
Justizministerien bzw. Justizbehörden bringen den größten Teil der Finanzierung der Ambulanzen auf. Aus den 27 Einrichtungen, die zu dieser Frage Angaben machten, werden 14 (51.9 %) ausschließlich durch eine Quelle finanziert. Davon werden elf vom Justizministerium, zwei vom Sozialministerium und eine von der Krankenkasse finanziert. Die übrigen 13 Einrichtungen erhalten aus verschiedenen Quellen Finanzierungsmittel bzw. werden gemischt finanziert.

3.2.2 Personalangelegenheiten und Organisation

Auf die Frage nach der beruflichen Qualifikation der Einrichtungsleitung ($n = 32$; Mehrfachangaben möglich) wurden am häufigsten die Berufsgruppen psychologische Psychotherapeuten/-innen ($n = 14$), Fachärzte/-innen für Psychiatrie ($n = 8$) und Sozialpädagogen/-innen ($n = 6$) genannt. Der durchschnittliche Anteil jeder Berufsgruppe in leitenden Positionen über alle Ambulanzen hinweg ist in Abbildung 4 dargestellt. Darüber hinaus weisen die Leitungen bei zwölf Einrichtungen eine Aus-

bildung auf, die nicht in den Antwortmöglichkeiten aufgeführt war (Kategorie „Andere“⁶).

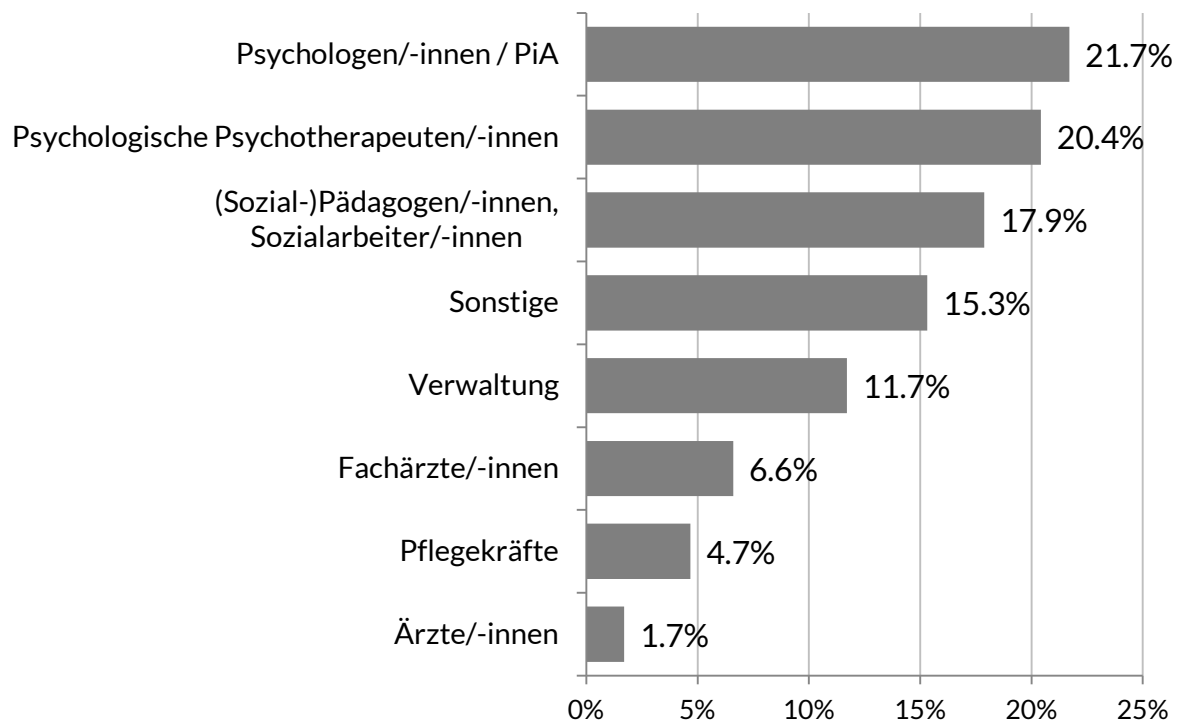
Abb. 4: Durchschnittlicher Anteil der Leitungspositionen nach beruflicher Qualifikation (n = 32)



Die Anzahl der festangestellten Personen, unabhängig von deren Stellenanteil, variierte zwischen 0⁷ und 40. Im Durchschnitt arbeiteten 2016 7.43 Fachkräfte pro Einrichtung. In Abbildung 5 wird die durchschnittliche Zusammensetzung des Teams dargestellt.

6 Es wurden folgende Berufsgruppen genannt: Sozialwissenschaftler/-innen, forensische Sachverständige, forensische Supervisoren/-innen, Psychotraumatologen/-innen, heilpraktische Psychotherapeuten/-innen, in fortgeschrittener Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten/-innen, Kinder- und Jugendtherapeuten/-innen, Kunsttherapeuten/-innen, Suchttherapeuten/-innen, Pädagogen/-innen und Rechtspsychologen/-innen.

7 Die Anzahl der festangestellten Personen kann dann gleich null sein, wenn ausschließlich Honorarkräfte arbeiten, die im vorliegenden Fragebogen getrennt erfasst wurden.

Abb. 5: Durchschnittliche Zusammensetzung des Teams (n = 30)

Die Anzahl der im Jahr 2016 offiziell verfügbaren Planstellen (unabhängig davon, ob sie besetzt waren oder nicht) wurde in Vollzeitstellen abgefragt ($n = 28$). Die Ergebnisse sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Tab. 4: Anzahl der Planstellen in Vollzeitstellen (n = 28)

Vollzeitstellen	M	SD
Leitung	0.40	0.53
Fachkräfte	2.36	2.99
Verwaltung	0.48	0.72
Sonstige	0.03	0.15

Darüber hinaus berichteten zehn von $n = 30$ Einrichtungen, insgesamt 46 Honorarkräfte einzusetzen. Wie viele Stunden im Monat diese Honorarkräfte in welchen Tätigkeitsbereichen arbeiten, ist in Tabelle 5 dargestellt. Insgesamt werden die Honorarkräfte durchschnittlich 9.96 Stunden/Monat mit Aufgaben im Rahmen der ambulanten Nachsorge

beschäftigt. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um niedergelassene Therapeuten/-innen.

Tab. 5: Von Honorarkräften geleistete Arbeitsstunden nach Tätigkeitsfeld (n = 30)

Tätigkeit	Stunden/Monat
Therapie/Nachsorge	361
Wissenschaftliche Arbeit	61
Diagnostik	35
Verwaltung	1
Gesamt	458

Hinsichtlich der 2016 tatsächlich mit Behandlungsmaßnahmen verbrachten Arbeitszeit (ausgehend von einer Vollzeitstelle, d. h. einer 40 h-Arbeitswoche) wurde festgestellt ($n = 27$), dass im Durchschnitt 35.6 % der Arbeitszeit oder ca. $M = 14.22$ Stunden ($SD = 5.80$) pro Woche pro Angestellte/n für tatsächliche Betreuungs- und Behandlungsarbeit eingesetzt wird. Behandelnde/betreuende Angestellte werden als alle Fachkräfte (unabhängig von der Profession) definiert, die an der Betreuung der Klienten direkt beteiligt sind (d. h. Verwaltungsangestellte wurden hierbei nicht berücksichtigt). Der durchschnittliche sogenannte *Caseload* ($n = 26$) bei Vollzeitangestellten, d. h. die Anzahl an Klienten, die von einer Vollzeitstelle parallel behandelt werden, unabhängig davon, ob die Klienten in Gruppen- oder Einzelsettings, aufsuchend oder empfangend betreut werden, betrug über alle Einrichtungen hinweg $M = 20.46$ ($SD = 14.11$). Der wöchentliche *Caseload* ($n = 22$), d. h. die Anzahl an Klienten, die wöchentlich eine Therapiesitzung bei Vollzeitangestellten haben, lag bei $M = 11.66$ ($SD = 6.99$).

Durchschnittlich fielen 2016 $M = 3.7$ Gesprächsstunden ($SD = 2.18$; $n = 15$) in der Woche pro Vollzeitarbeitskraft aus. Insgesamt 15 oder 71.4 % ($n = 21$) der Einrichtungen arbeiteten sowohl empfangend als auch aufsuchend, wobei im Durchschnitt 35.0 % der Klienten aufsuchend betreut wurde. Die übrigen sechs Einrichtungen, die diesbezüglich Angaben machten, arbeiteten ausschließlich empfangend.

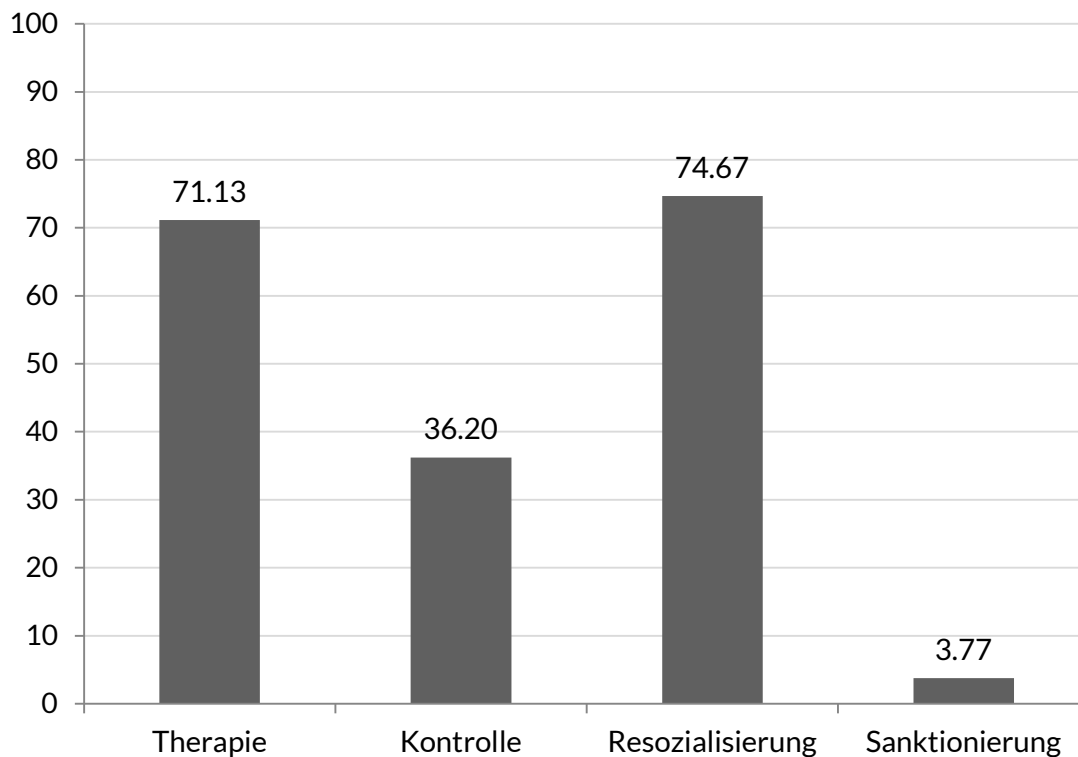
Im Jahr 2016 fanden durchschnittlich $M = 10.07$ Stunden ($SD = 33.08$; $n = 20$) externer Supervision im Monat statt. Interne Fallbesprechungen

oder Visiten nahmen $M = 8.48$ Stunden/Monat ($SD = 9.95$; $n = 21$) und Teamsitzungen $M = 9.38$ Stunden/Monat ($SD = 9.39$; $n = 21$) in Anspruch.

Bezogen auf eine Vollzeitarbeitskraft wurden 2016 insgesamt durchschnittlich $M = 6.96$ Tage ($SD = 6.07$; $n = 20$) pro Mitarbeiter/-in für Fortbildungen genutzt. Insgesamt acht oder 36.4 % der Einrichtungen ($n = 22$) gaben an, aktiv wissenschaftliche Kooperationen mit (außer-) universitären Forschungseinrichtungen zu pflegen.

3.2.3 Prioritäten und Zusammenarbeit mit anderen Behörden

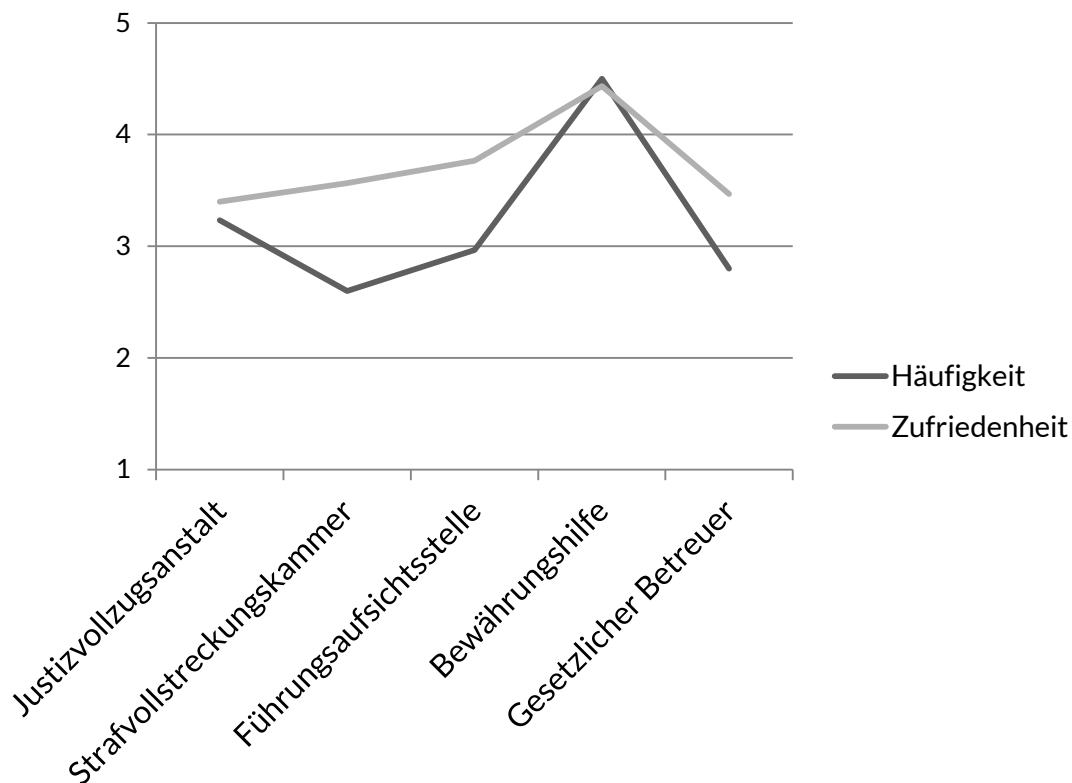
Nachsorge-Ambulanzen können verschiedene Zwecke und Aufgaben verfolgen. Neben der Behandlung psychischer Störungen und der Wiedereingliederung in die Gesellschaft erfüllen sie auch den Zweck der Kontrolle ehemals straffälliger Personen. Eine Überbetonung der Kontrollaspekte im ambulanten Bereich kann jedoch aus therapeutischer Sicht den Beziehungsaufbau und die Tragfähigkeit therapeutischer Prozesse gefährden (Pecher & Stark, 2012). Da die Arbeitsweisen der Einrichtungen nicht fest vorgeschrieben sind, können die Einstellungen bezüglich der Priorität dieser Aufgaben zwischen den Ambulanzen unterschiedlich gewichtet sein. In der vorliegenden Umfrage konnte jeder Aufgabenbereich von den Teilnehmern mit höchster Priorität (Skala von 0 bis 100) versehen werden. In Abbildung 6 sind die gemittelten anteiligen Prioritäten der oben aufgeführten Aufgaben dargestellt. Wie erwartet werden Resozialisierung und Therapie von den Ambulanzen als höchste Prioritäten aufgefasst.

Abb. 6: Durchschnittliche Aufgabenpriorität der Einrichtung auf einer Skala von 0 bis 100 ($n = 30$)

Die Häufigkeit der Kontakte zwischen den Behörden, die an der Kontrolle, Behandlung und Betreuung ehemals straffälliger Personen beteiligt sind, lieferte Hinweise auf die Vernetzung dieser Instanzen. Ein engmaschiges System ist im Hinblick auf Resozialisierung und Opferschutz von besonderer Relevanz und kann zum therapeutischen Erfolg entscheidend beitragen. Da der Kontakt zwischen bestimmten Instanzen notwendigerweise häufiger stattfindet als zwischen anderen, ist nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Zufriedenheit mit dem Austausch zwischen den Behörden ein Maßstab für die Qualität der Betreuung und Behandlung von Straftätern im ambulanten Setting.

Die Einrichtungen wurden dazu aufgefordert, auf einer 5-stufigen Skala sowohl die Häufigkeit (von 1 = *nie* bis 5 = *sehr häufig*) und die Zufriedenheit mit (von 1 = *sehr unzufrieden* bis 5 = *sehr zufrieden*) der Zusammenarbeit zu bewerten. Im Durchschnitt wurden bzgl. der Häufigkeit Werte zwischen $M = 2.60$ ($SD = 1.19$, Strafvollstreckungskammer) und $M = 4.50$ ($SD = 0.68$, Bewährungshilfe) vergeben. Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit nimmt durchschnittlich Werte zwischen $M = 3.40$ ($SD = 1.00$, Justizvollzugsanstalt) und $M = 4.43$ ($SD = 0.57$, Bewährungshilfe) ein. In Abbildung 7 werden beide Variablen gegenübergestellt.

Abb. 7: Gegenüberstellung der Häufigkeit und Zufriedenheit der Zusammenarbeit ($n = 30$). Häufigkeit von *nie* (1) bis *sehr häufig* (5) und Zufriedenheit von *sehr unzufrieden* (1) bis *sehr zufrieden* (5).



3.3 Merkmale der Klientel

Im nächsten Abschnitt wird die Klientel anhand der gesetzlichen Grundlage, demographischer Merkmalen, Art des Index-Delikts und psychiatrischer Diagnosen beschrieben.

-
1. Welche Straftaten haben die Klienten begangen?
 2. Aufgrund welcher gesetzlichen Grundlage werden sie behandelt?
 3. Wie hoch ist die psychiatrische (Vor-)Belastung der Klientel?
-

Anhand von den im Abschnitt „Formale Aspekte der Einrichtungen“ (S. 16 ff.) aufgeführten Zuständigkeiten wird die Anzahl der Klienten über alle Einrichtungen hinweg dargestellt. Die Anzahl der Klienten, die 2016 mindestens einen Kontakt mit der jeweiligen Einrichtung hatte,

wurde abgefragt. Hierbei wurde der Begriff „Kontakt“ relativ weit definiert, nämlich persönlicher Kontakt (sogenannter *Face-to-Face*-Kontakt), aber auch beispielsweise ausschließlich telefonischer oder brieflicher Kontakt vor oder nach der Behandlung, Aktenzusendung, Anmeldung durch entlassende JVA u. Ä.

Es handelt sich bei der Klientel überwiegend um Entlassene aus dem Strafvollzug nach Vollverbüßung oder vorzeitiger Entlassung (§ 57 StGB), gefolgt von Straftätern mit primärer Bewährung (§ 56 StGB) und ehemaligen Maßregelvollzugspatienten/-innen gemäß § 63 StGB.

Tab. 6: Zuweisungsart der Klientel im Jahr 2016 ($n = 44^8$)

Zuweisungsart	Summe	M	SD
Entlassene aus der JVA (nach Vollverbüßung oder vorzeitiger Entlassung gemäß § 57 StGB)	1,166	26.50	39.27
Primäre Bewährung gemäß § 56 StGB	776	17.64	29.54
Noch in der JVA	344	7.82	22.75
Ehemalige Sicherungsverwahrte gemäß § 66 StGB	52	1.18	2.15
Ehemalige § 63 StGB (in Verbindung mit § 67b StGB)	637	14.48	24.70
Ehemalige § 64 StGB (in Verbindung mit § 67b StGB)	353	8.02	19.67
Noch in der Unterbringung (§§ 63, 64, 66 StGB)	144	3.27	8.29
Freiwillige mit krimineller Vorgeschichte	408	9.27	19.18
Freiwillige ohne kriminelle Vorgeschichte	265	6.02	18.94
Andere	114	2.59	7.60
Gesamtsumme der Kontaktaufnahmen	4,259	96.79	

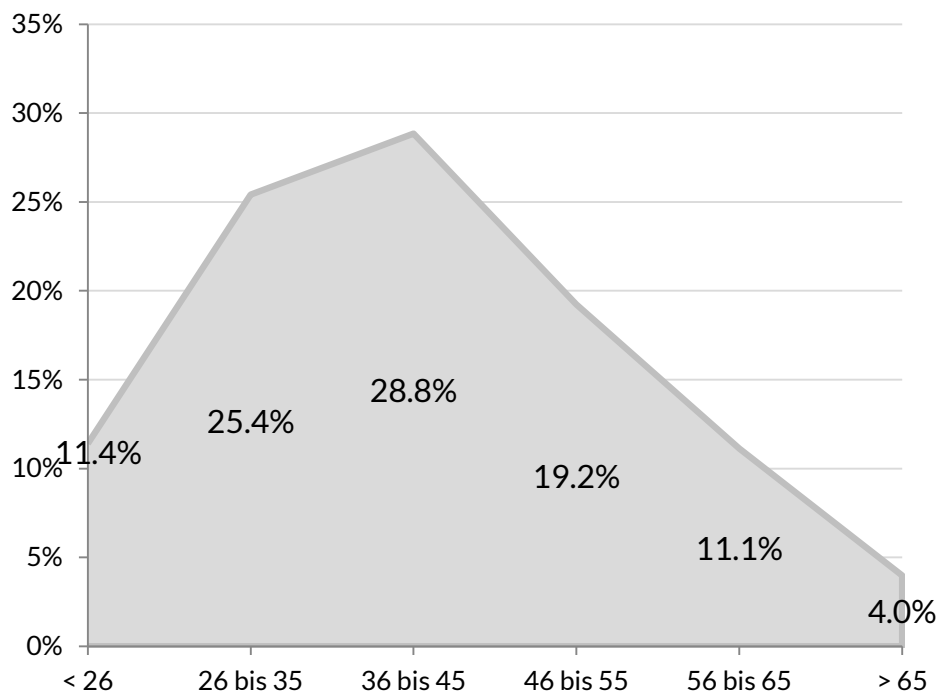
Die Summe der von allen Einrichtungen angegebenen Kontaktaufnahmen betrug insgesamt $N = 4,259$. Der Prozentanteil der Zielklientel die-

8 Die Ergebnisse beziehen sich auf die Angaben aller 44 Einrichtungen, die zu dieser Forschungsfrage Daten bereitgestellt haben. Da nicht alle Fragen von allen Teilnehmern/-innen beantwortet wurden, kann die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen im Folgenden variieren.

ser Untersuchung, d. h. Personen im Justizvollzugssystem, wie sie hierfür definiert wurden (erster Abschnitt Tabelle: aus der Justizvollzugsanstalt Entlassene, sich noch in der Justizvollzugsanstalt befindende Straftäter, Straftäter mit einer primären Bewährungsstrafe gemäß § 56 StGB sowie ehemalige Sicherungsverwahrte), an der Gesamtklientel der Einrichtungen betrug 54.9 % ($n = 2,338$).

Werden alle Personen gezählt, die 2016 mindestens einen Face-to-Face-Kontakt hatten (telefonische bzw. briefliche Kontakte ausgeschlossen) – unabhängig davon, ob der Erstkontakt im Jahre 2016 oder früher war – ergibt dies eine Gesamtzahl von insgesamt 2,299 Klienten ($n = 40$). Davon waren 2.7 % ($n = 61$) weiblichen Geschlechts, die überwiegende Mehrheit war erwartungsgemäß männlich (97.4 %, $n = 2,238$). Diese Klienten mit mindestens einem Face-to-Face-Kontakt im Jahr 2016 werden in folgende Altersklassen eingeteilt (s. Abb. 8).

Abb. 8: Durchschnittliche Altersverteilung der Klienten mit mindestens einem Face-to-Face-Kontakt ($n = 32$)



Des Weiteren ergibt sich eine Gesamtsumme von 1,207 Klienten ($n = 38$), die 2016 den ersten Face-to-Face-Kontakt hatten. Damit sind alle Klienten gemeint, die 2016 den ersten persönlichen Kontakt hatten,

inklusive Vorstellungsgespräche, die noch in Haft stattfanden. Im Durchschnitt über allen Einrichtungen hinweg, die zu dieser Frage eine Angabe machten, wurden pro Jahr pro Einrichtung 31.76 erstmalige direkte Face-to-Face-Kontaktaufnahmen registriert.

Nach dem ersten Kontakt wurden 2016 insgesamt 876 Klienten ($n = 38$) in die Behandlung aufgenommen, d. h. pro Einrichtung durchschnittlich $M = 23.05$ ($SD = 31.68$) neue Klienten. Mit anderen Worten erhielten 73.0 % aller Klienten, die sich im Jahr 2016 erstmals persönlich in einem Face-to-Face-Kontakt vorstellten, anschließend eine weiterführende Behandlung oder Betreuung. Bei diesen Zahlen kann allerdings nicht zwischen Behandlung im engeren Sinne und Phase der Probatorik (Prüfung der Behandlungsfähigkeit) unterschieden werden.

Darüber hinaus befanden sich 2016 insgesamt 1,968 Klienten ($n = 38$, $M = 52.26$, $SD = 76.19$) in laufender Behandlung. Diese Zahl ergibt sich aus der Summe der oben genannten Klienten mit weiterführenden Face-to-Face-Kontakten sowie jener Personen, die einen Behandlungsbeginn vor 2016 aufwiesen, und entspricht 46.2 % bis 53.5 %⁹ aller Klienten bzw. potentiellen Klienten mit Kontaktaufnahmen jeglicher Art. Anders gesagt beschäftigen sich die Einrichtungen zu ca. 50 % mit Personen, die sich nicht in Behandlung befanden.

⁹ Diese Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die $n = 4,259$ Klienten aus 44 Einrichtungen und die korrigierte Anzahl von 3,678 Klienten für die entsprechenden 38 Einrichtungen.

Tab. 7: Zusammenfassung – Überblick Anzahl der Klienten 2016

	Anzahl der Klienten	Anzahl der Einrichtungen
Kontaktaufnahmen jeglicher Art	4,259	44
Face-to-Face-Kontakte	2,299	40
Erster Face-to-Face-Kontakt 2016	1,207	38
Behandlungsaufnahmen	876	38
In laufender Behandlung	1,968	38

3.3.1 Anlassdelikte und kriminelle Vorgeschichte

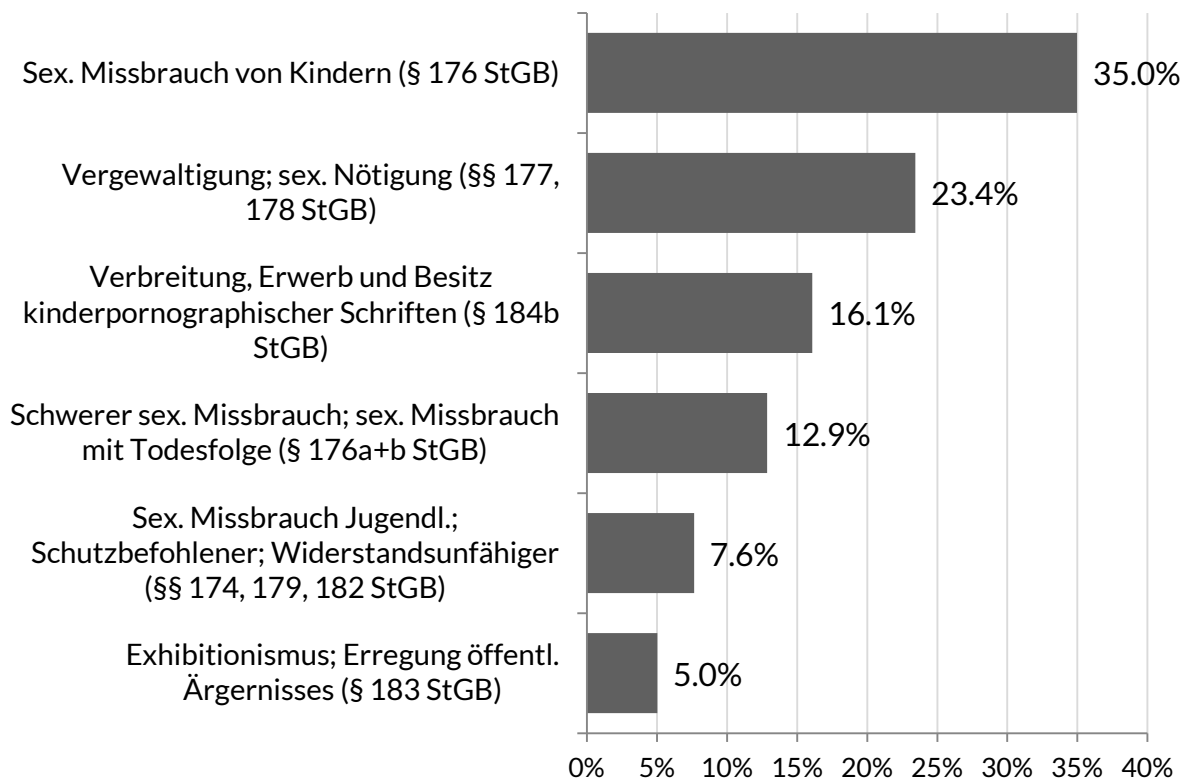
Das für die Verurteilung ausschlaggebende Anlassdelikt der Klienten, die mindestens einen Face-to-Face-Kontakt im Jahre 2016 hatten, wurde entsprechend des Urteils übernommen. Jeder Klient sollte hierbei einer Tätergruppe eindeutig zugeordnet werden.

Tab. 8: Aufteilung der Klienten mit mindestens einem Face-to-Face-Kontakt nach Tätersubgruppen (n = 38)

Tätersubgruppen	Summe	Anteil
Sexualstraftäter	1,421	68.6%
Gewalttäter	550	26.5%
Sonstige Täter	101	4.9%
Gesamtsumme	2,072	100%

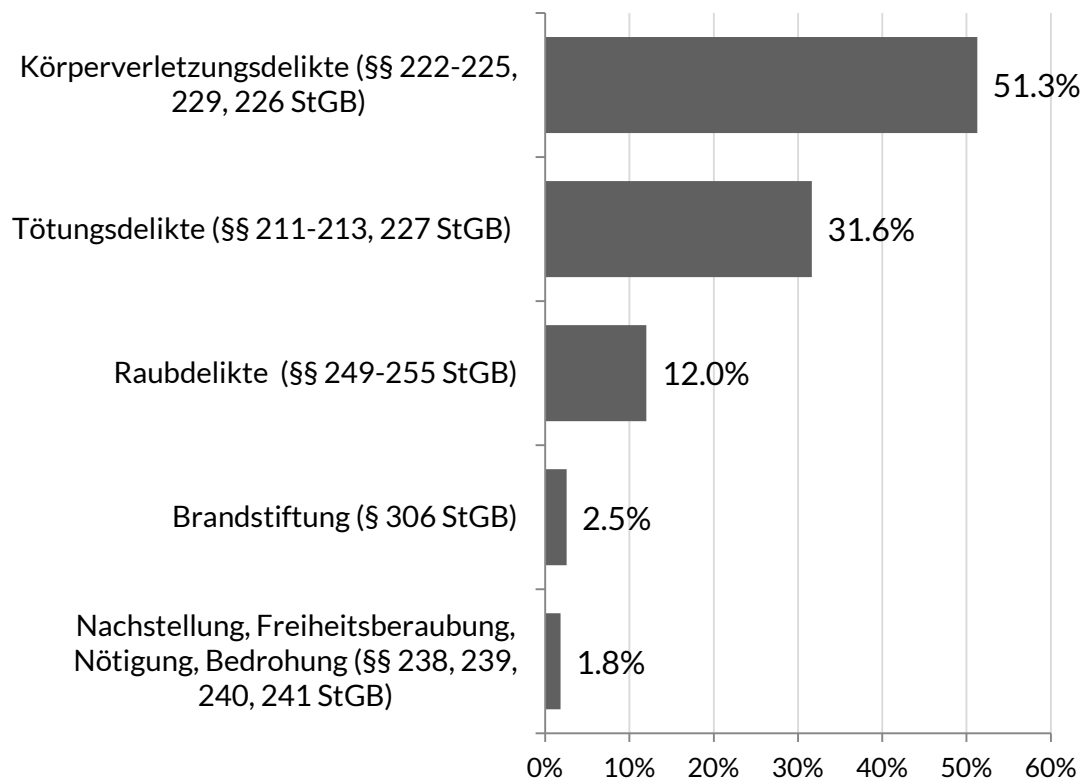
Die Anlassdelikte laut Urteil wurden getrennt nach den eben genannten Tätersubgruppen weiter differenziert. Pro Klient sollte lediglich das Hauptdelikt aus dem Urteil berücksichtigt werden. War anhand des Urteils nicht ersichtlich, welches der Delikte das Hauptdelikt darstellte, wurde das schwerwiegendste Delikt, am Strafmaß bemessen, verwendet.

Abb. 9: Sexualstraftaten beim Anlassdelikt (n = 31)



Insgesamt wiesen 559 (ca. 56.2 %) der Sexualstraftäter bereits vor dem Anlassdelikt eine Verurteilung auf. Davon waren 441 (44.3 %) aufgrund einer früheren Sexualstraftat bereits vor dem Index-Delikt verurteilt und 118 (11.9 %) aufgrund eines (nicht-sexuell motivierten) Gewaltdeliktes.

Wie bei den Sexualstraftätern wurden bei den Gewaltstraftätern die Anlassdelikte gemäß Urteil weiter differenziert. Pro Klient sollte auch hier lediglich das Hauptdelikt aus dem Urteil angegeben werden, wiederum in Form des schwerwiegendsten Delikts, bemessen am Strafmaß.

Abb. 10: Gewaltstraftaten beim Anlassdelikt (n = 19)

Insgesamt wiesen 216 (ca. 78.6 %) Gewaltstraftäter Verurteilungen vor dem Anlassdelikt auf, wobei es sich bei 193 (70.2 %) um eine (nicht-sexuell motivierte) Gewaltstraftat und bei 23 (8.4 %) um eine Sexualstraftat handelte.

3.3.2 Rechtliche Situation

Im Folgenden werden die Klienten, die 2016 in laufender Behandlung waren, nach ihrer rechtlichen Situation differenzierter dargestellt. Mehrfachnennungen waren bei der Beantwortung dieser Frage möglich, da sich im Verlauf des Jahres Änderungen ergeben haben konnten.

Tab. 9: Rechtliche Situation (n = 32)

Rechtliche Situation	Summe	M*	SD*	%
Führungsaufsicht nur mit Therapieweisu	499	15.59	23.97	31.7
In der JVA	300	9.37	16.12	19.1
Primäre Bewährung	229	7.39	15.47	14.6
Führungsaufsicht mit Therapie- und Vorstellu	210	6.56	15.00	13.4
Führungsaufsicht nur mit Vorstellungswei	194	6.06	24.92	12.3
Vorzeitige Entlassung (Bewährung)	132	4.13	9.62	8.4
In der Sicherungsverwahrung	9	0.28	0.81	0.6
Gesamtsumme	1,573			100

* Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) beziehen sich auf die Anzahl der Klienten pro Einrichtung in der jeweiligen rechtlichen Situation.

Darüber hinaus wurde erfasst, wie viele von den sich in Therapie befindlichen Klienten besondere Auflagen erhielten. Insgesamt waren 228 der ehemaligen Straftäter in einer länderspezifischen Polizeimaßnahme (z. B. KURS¹⁰, HEADS¹¹) registriert. Die elektronische Aufenthaltsüberwachung (EAÜ) wurde bei 14 Klienten durchgeführt.

Insgesamt wurden 2016 124 offizielle Verstöße verzeichnet ($n = 28$, $M = 4.43$, $SD = 7.01$). „Offizieller Verstoß“ wurde definiert als den Therapeuten/-innen bekannter Verstoß gegen Bewährungsauflagen, bei dem die Bewährungshilfe oder die Justiz informiert werden musste. Vor dem Hintergrund, dass einerseits die Weitergabe von Fehlverhalten die therapeutische Beziehung und den weiteren Verlauf der Behandlung erschweren können und andererseits aber die Einrichtungen gegenüber der Justiz dazu verpflichtet sind, Verstöße rechtzeitig zu melden, muss

10 **Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftätern (KURS)**, anhand der die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen Strafvollzug, Maßregelvollzug, Strafvollstreckungsbehörde, Bewährungsaufsicht, Führungsaufsicht und Polizei in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen geregelt wird.

11 **Haft-Entlassenen-Auskunfts-Datei-Sexualstraftäter (HEADS)**, die den Austausch zwischen Justiz, Polizei und Maßregelvollzug in Bayern und Brandenburg regelt.

diese Zahl zurückhaltend interpretiert werden. Da zudem nicht alle Verstöße den Therapeuten/-innen bekannt werden, ist von einer Schätzung am unteren Rande des realen Aufkommens solcher Verstöße auszugehen. Ungeachtet dieser Einschränkungen handelt es sich um eine bemerkenswert niedrige Zahl an offiziell registrierten Verstößen.

3.3.3 Psychiatrische Aspekte

Zunächst wurden therapeutische Erfahrungen¹², die aufgrund des Indexdelikts während der Inhaftierungszeit vor der extramuralen Therapie gemacht wurden, erhoben. Hierbei sollten keine Behandlungen während vorangegangenen Inhaftierungszeiten wegen anderer Delikte gezählt werden. Vorbehandlungen im Strafvollzug umfassen beispielsweise die Teilnahme an Gruppenprogrammen in einer Behandlungsabteilung einer Justizvollzugsanstalt (e. g. Wagner, 2016, S. 14). Darüber hinaus wurden lebenszeitliche Behandlungserfahrungen, d. h. therapeutische Vorerfahrungen außerhalb des Strafvollzugs, bei insgesamt 376 ($n = 30$) Klienten über alle Einrichtungen hinweg verzeichnet.

Tab. 10: Straftäter mit therapeutischer Vorerfahrung ($n = 32$)

Vorbehandlungen	Summe	Anteil
Strafvollzug	487	28.5%
Sozialtherapeutische Einrichtung	356	20.9%
Maßregelvollzug	19	1.1%
Externe Therapeuten/-innen	42	2.5%
Keine	388	23.5%
Lebenszeitlich*	376	23.5%
Gesamtsumme	1,668	≈100%

* Zu dieser spezifischen Frage äußerten sich insgesamt $n = 30$ Einrichtungen

12 Wenn ein Klient gemäß § 66 StGB vorübergehend im Maßregelvollzug untergebracht worden war, war dies unter „Sozialtherapeutische Abteilung“ einzuordnen. Wenn beides vorhanden war, sollte nur die sozialtherapeutische Behandlung berücksichtigt werden.

Das Vorhandensein therapeutischer Vorerfahrungen legt nahe, dass diese Klienten aus kriminalpräventiver Sicht besonders behandlungsbedürftig sind, da bei ihnen bereits während der Zeit im Justizvollzug kriminogene Merkmale behandelt wurden, die zum Teil mit dem Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose in Verbindung stehen dürften.

Im Folgenden wird der Anteil psychiatrischer Erkrankungen dargestellt. Da bei einer Person mehrere Störungen vorliegen können, konnten die teilnehmenden Einrichtungen bei dieser Frage mehrere Diagnosen pro Klient angeben. Die Ergebnisse sind demnach als ein Überblick über die am häufigsten diagnostizierten Störungen bei den sich in laufender Behandlung befindenden Klienten zu interpretieren.

Tab. 11: Psychiatrische Diagnosen bei Straftätern in ambulanter extramuraler Behandlung ($n = 30$)

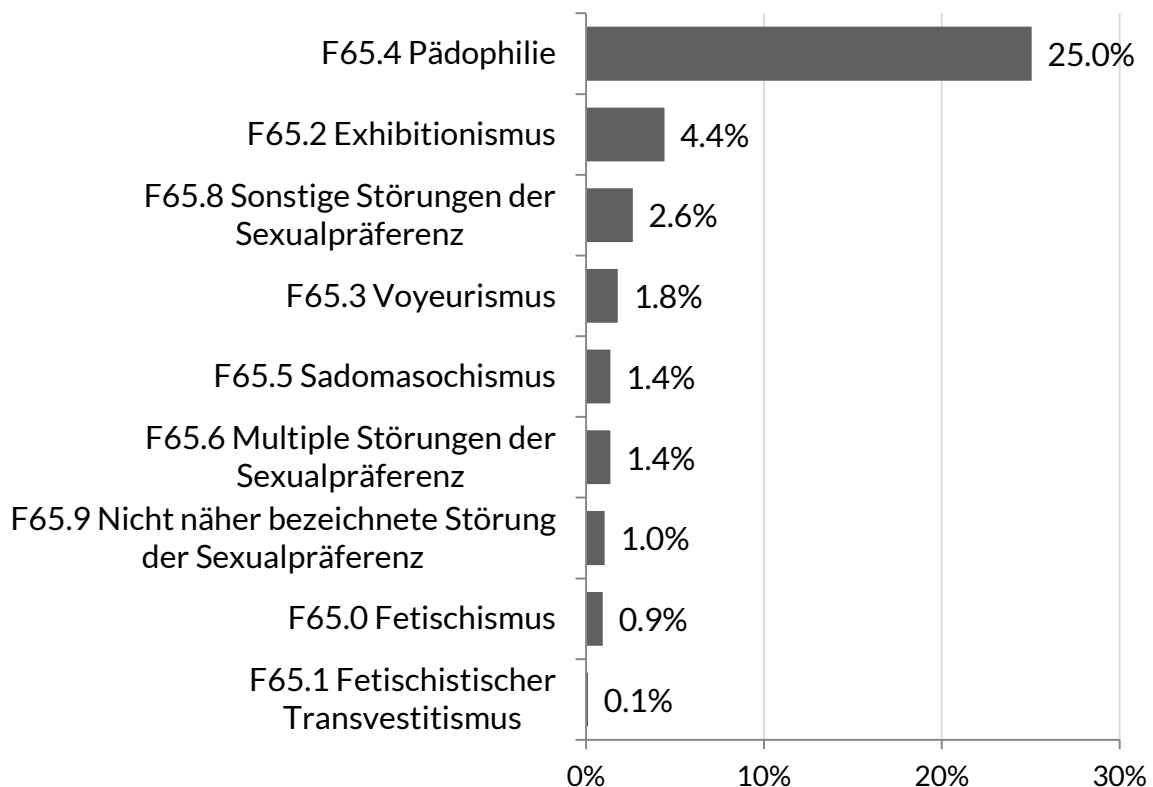
Diagnostizierte Störungen	Summe	M^*	SD^*	Anteil der Klienten
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	291	9.70	23.88	20.9%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	23	0.77	1.31	1.7%
Affektive Störungen (F30-F39)	96	3.20	8.16	6.9%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	67	2.23	5.91	4.8%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	23	0.77	2.22	1.7%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	399	13.30	22.15	28.7%
Intelligenzstörungen (F70-F79)	35	1.17	1.91	2.5%
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	27	0.90	1.77	1.9%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	57	1.90	3.09	4.1%

* Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) beziehen sich auf die Anzahl der Klienten pro Einrichtung, die die jeweilige Diagnose aufweisen.

Den Ergebnissen nach zu urteilen sind bei den Klienten die am häufigsten vertretenen Diagnosegruppen gemäß ICD-10 die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), gefolgt von den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19).

Aufgrund des Schwerpunkts auf Sexualstraftäter wurden Störungen der Sexualpräferenz (F65.-, $n = 369$), die den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) zugeordnet sind, differenzierter erfasst. Die meistgenannte Diagnose war Pädophilie (25.0 %), gefolgt von Exhibitionismus (4.4 %).

Abb. 11: Anteil der Sexualstraftäter in ambulanter extramuraler Behandlung mit einer Störung der Sexualpräferenz ($n = 31$)



3.4 Behandlungsbezogene Aspekte

Insgesamt befanden sich im Jahr 2016 1,968 Klienten in laufender Behandlung.

-
1. Wie sehen die Behandlungskapazitäten der Einrichtungen aus?
 2. Welche Rehabilitationskonzepte werden eingesetzt? Welche Behandlungsansätze?
 3. Wie ist die Anwendung von standardisierten Verfahren zu beurteilen?
-

3.4.1 Formaler Rahmen der Behandlung

Die Einrichtungen wurden nach ihrer maximalen Behandlungskapazität gefragt. Im Durchschnitt können zeitgleich durchschnittlich $M = 60.46$ Klienten ($SD = 61.76$) pro Einrichtung behandelt werden. Diese Zahl liefert lediglich eine erste Annäherung an die Größenordnung der Patientenversorgungsressourcen der teilnehmenden Einrichtungen, wobei aufgrund der hohen Standardabweichung davon auszugehen ist, dass die Behandlungskapazität zwischen den Einrichtungen starke Variationen aufweist (Min = 4, Max = 320, Median = 53).

Des Weiteren gaben 10.6 % der Einrichtungen an, eine Warteliste für das Erstgespräch oder für die Phase der Probatorik zu führen. Weitere 10.0 % berichteten, auch für die daran anschließende Aufnahme in die Therapie eine Warteliste führen zu müssen. Dabei wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Kriterien genannt, anhand derer die Einrichtungen über die tatsächliche Aufnahme in die Therapie entscheiden¹³. Außer-

13 Anmeldedatum, aktuelle Situation, anstehende Haftentlassung, Wartezeit, Deliktsschwere, prognostiziertes Rückfallrisiko, Dringlichkeit, Gefährlichkeit des Klienten, Führungsaufsicht, Klienten aus regionalen Sozialtherapeutischen Anstalt, Haftentlassene aus dem Vollzug/Sicherungsverwahrung, Kinder und Jugendliche haben Vorrang, Verfügbarkeit des/der Therapeuten/-in, vorrangig die Klienten mit einer justiziellen Weisung in Form einer Therapieauflage oder Weisung durch Gerichtsbeschluss oder Urteil.

dem wurden die Gründe für die 2016 stattgefundenen Behandlungsbeendigungen ($n = 644$) erhoben. In Tabelle 12 werden zunächst die Anzahl der unterschiedlichen Beendigungsmöglichkeiten sowie der jeweilige Durchschnittswert (M , SD) pro Ambulanz aufgeführt.

Tab. 12: Gründe für Beendigungen ($n = 29$)

Beendigungen	Summe	M	SD	Anteil
Nach Erstgespräch/Probatorik durch Ablehnung seitens der Einrichtung	94	3.24	11.76	14.6%
Nach Erstgespräch/Probatorik durch Ablehnung seitens der Klienten-/innen	45	1.55	2.78	7.0%
Nach Behandlung mit Zustimmung durch Therapeuten-/in/Gericht (regulär)	364	12.55	20.22	56.5%
Nach Behandlung ohne Zustimmung durch Therapeuten-/in/Gericht (irregulär)	141	4.86	11.13	21.9%

Überdies standen durchschnittlich $M = 3.71$ Klienten ($SD = 9.60$, $Max = 50$) nach Abschluss oder Abbruch der Therapie weiterhin in irgendeiner Form mit der Ambulanz in Kontakt (z. B. durch Telefonate, unregelmäßige Besuche, Briefverkehr, usw.). Durchschnittlich $M = 9.43$ Klienten pro Einrichtung ($SD = 16.98$; $Max = 77$) haben im Jahr 2016 *ohne* persönlichen Erstkontakt in irgendeiner Form Ressourcen aufgrund von Vorarbeiten gebunden, die beispielsweise für Aktendurchsicht, Stellungnahmen und Telefonate notwendig waren.

3.4.2 Rehabilitationsmodelle und therapeutische Ansätze

Das *Risk-Need-Responsivity-Modell* (RNR; Andrews & Bonta, 2010) und das *Good-Lives-Model* (GLM; Ward & Gannon, 2006; von Franqué & Briken, 2013) stellen international die am häufigsten empirisch untersuchten sowie aus theoretischer Sicht am besten abgesicherten Rehabilitationsmodelle dar. Das RNR-Modell (Andrews & Bonta, 2010) richtet die Intensität der Behandlung am Risiko erneuter Straftaten (Risk-Prinzip), den sogenannten kriminogenen Bedürfnissen des Straftäters

(d. h. empirisch fundierte dynamisch-veränderbare Risikofaktoren; Need-Prinzip) sowie an den individuellen Ansprechbarkeitsfaktoren (Responsivity-Prinzip) aus. Meta-analytische Studien konnten zeigen, dass RNR-basierte Programme die Rückfälligkeit von Straftätern, Gewalttätern und Sexualstraftätern reduzieren können (z. B. Hanson et al., 2009; Smith, Gendreau & Swartz, 2009). Das GLM (von Franqué & Briken, 2013; Ward & Gannon, 2006) basiert auf der Grundannahme, dass Menschen, die ein zufriedenes und erfülltes Leben führen, erheblich seltener psychisch krank und seltener straffällig werden. Das GLM betont also die Wichtigkeit eines dualen Fokus in der Behandlung von Straftätern: Risikomanagement einerseits und Verbesserung der Lebensqualität andererseits (Göbbels, Ward & Willis, 2013).

Insgesamt gaben 32 Einrichtungen an, sich bei der therapeutischen Arbeit an mindestens einem der genannten Modelle zu orientieren.

Tab. 13: Meist angewandte Rehabilitationsmodelle (n = 32)

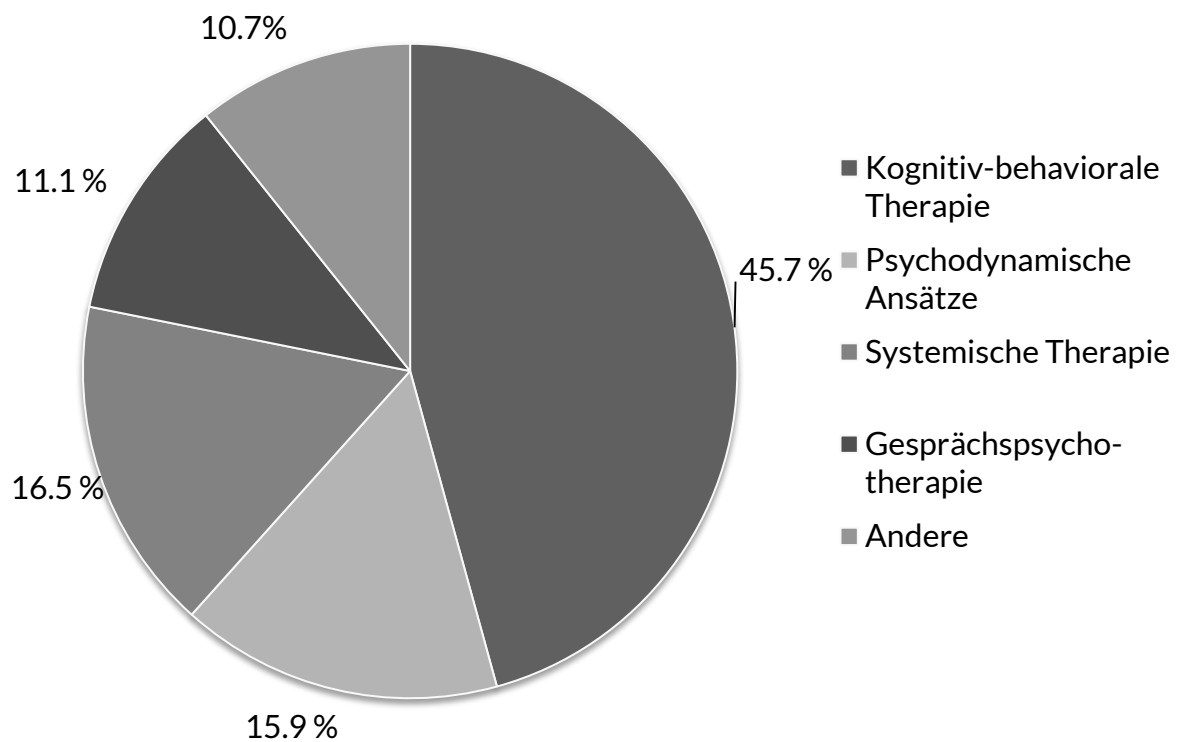
Rehabilitationsmodelle	Häufigkeit	%
Risk-Need-Responsivity (RNR)	23	71.9
Good-Lives-Modell (GLM)	20	62.5
Anderes ¹⁴	8	25.1

Die zugrundeliegenden therapeutischen Ausrichtungen bzw. Therapieansätze werden in Abbildung 14 im Durchschnitt über alle Einrichtungen hinweg dargestellt (n = 30). Bei der Beantwortung dieser Frage wurden die Teilnehmer/-innen darauf hingewiesen, dass die Summe der Anteile an therapeutischen Ansätzen innerhalb der Einrichtung 100 % ergeben muss. Von den insgesamt n = 30 Einrichtungen verwendeten 27 kognitiv-behaviorale Ansätze, 21 Psychoanalyse/tiefenpsychologische bzw. psychodynamische Therapieprogramme, 20 systemische (Familien-) Therapie, 14 Klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie und 14 einen anderen therapeutischen Ansatz, der nicht bei den vorgegebenen Optionen aufgeführt wurde. Die kognitive Verhaltenstherapie stellte mit 45.7 % die am stärksten verbreitete therapeutische Ausrichtung dar,

14 Unter „Anderes“ genannte Modelle: It Works, Recovery, Liam Marshall, Handbuch Ruud Bullen und Raymund Whyer.

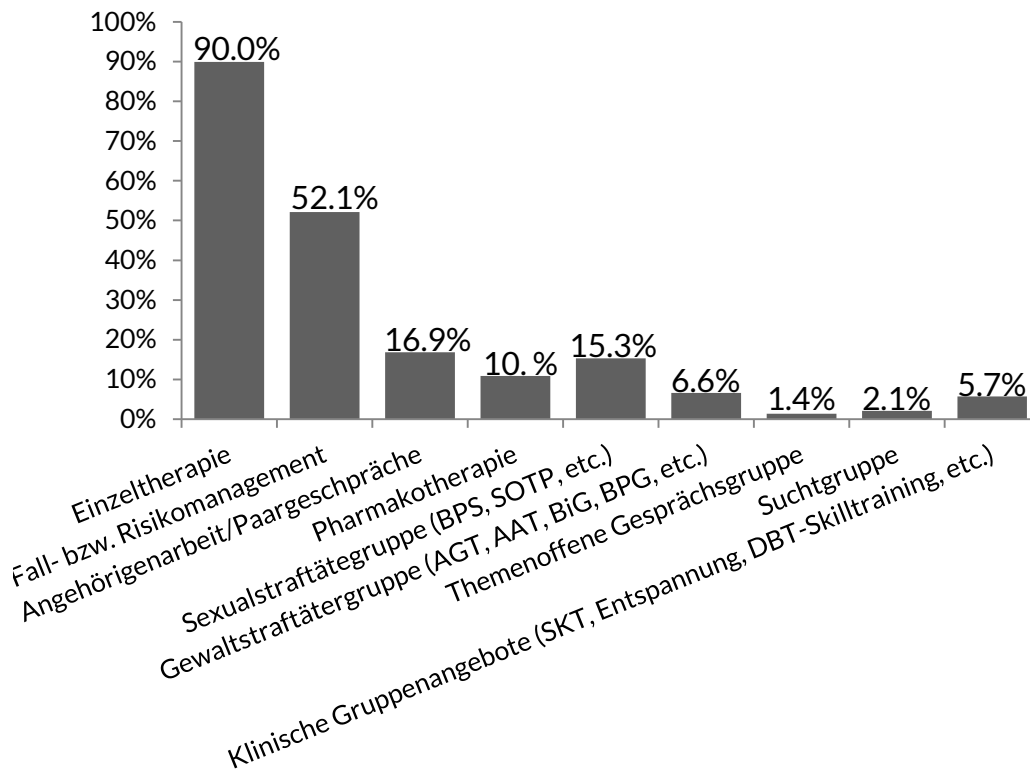
gefolgt von der systemischen (Familien-)Therapie und den psychodynamischen Ansätzen.

Abb. 12: Angaben zur therapeutischen Ausrichtung ($n = 30$)



Des Weiteren wurde erhoben, wie hoch der prozentuale Anteil der Klienten war, der an verschiedenen Behandlungssettings teilnahm. Dieser Anteil wird im Durchschnitt über alle Einrichtungen in Abbildung 15 dargestellt.

Abb. 13: Anteil der Klienten pro Behandlungssetting (n = 28)



Eine medikamentöse Behandlung wurde bei insgesamt 200 Sexualstraftätern angegeben. Das entspricht 18.2 % der Klienten in Behandlung und 26.6 % aller Klienten, die sich 2016 aufgrund einer Sexualstraftat in ambulanter Behandlung befanden. In Tabelle 14 wird die Art der medikamentösen Behandlungen weiter differenziert.

Tab. 14: Medikamentöse Behandlungsformen bei (Sexual-) Straftäter (n = 21)

Medikamente	Summe	Anteil Sexualstraf- täter	Anteil Straftä- ter
Neuroleptika	121	16.1%	11.0%
SSRIs	58	7.7%	5.29%
Cyproteronacetat (CPA)	11	1.5%	1.0%
GnRH/LHRH-Agonisten	4	0.5%	0.4%
SSRI und CPA	2	0.3%	0.2%
Andere Kombinationsbehandlung	4	0.5%	0.4%
Gesamtsumme	200	26.6%	18.3%

3.4.3 Standardisierte Diagnostik und Kriminalprognose

Die Verwendung standardisierter (testpsychologischer) diagnostischer Verfahren und kriminalprognostischer Instrumente steigert die Objektivität und Qualität des diagnostischen Prozesses und der Behandlungsplanung und dient der Erfassung therapierelevanter kriminogener Merkmale. Sie ermöglichen Quantifizierungen der psychischen Verfassung, des kognitiven Leistungsniveaus und des Ausmaßes störungsspezifischer Symptome bei den Klienten. Darüber hinaus ermöglichen standardisierte Prognoseinstrumente reliable und valide kriminalprognostische Einschätzungen bzgl. des Rückfallrisikos. Mithilfe der gewonnenen Informationen können Problembereiche und Erfolgchancen realistisch eingeschätzt und die Therapie effizient und zielführend geplant werden. Die Anwendung solcher Instrumente sollte im besten Fall hypothesengeleitet und zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgen, u. a. weil die Erfassung intraindividuelle Veränderungen einen Hinweis auf die Wirksamkeit der laufenden Behandlungsmaßnahmen geben kann.

Insgesamt gaben 63.6 % der teilnehmenden Einrichtungen (n = 33) an, standardisierte psychodiagnostische Instrumente im Rahmen der Eingangsdiagnostik einzusetzen, wobei 30.3 % (n = 10) anlassbezogen und 33.3 % (n = 11) routinemäßig auf diese Verfahren zurückgreifen. Insgesamt 24.2 % (n = 8) berichteten, keine Eingangsdiagnostik einzusetzen. In Tabelle 15a werden die meistgenannten Verfahren und ihre Autoren/-innen dargestellt.

Tab. 15a: Meistgenannte Instrumente im Rahmen der Eingangsdiagnostik (n = 33)

Verfahren	Abkürzung	Referenz*
Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest	MWT-(B)	Lehrl, Merz, Burkhard & Fischer (1999)
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV	SKID-(II)	Wittchen, Zaudig & Fydrich (1997)
Persönlichkeits- Stil- und Störungs-Inventar	PSSI	Kuhl & Kazén (1997)
Grundintelligenztest Skala nach Cattell	CFT	Cattell, Weiß & Osterland (1997)
Beck-Depressions-Inventar	BDI	Beck, Steer & Brown (1996)

* Hierbei handelt es sich um die Autoren/-innen der in Deutschland angewandten Version des jeweiligen Instruments.

Der MWT-B ist ein Leistungstest, der anhand eines Wortschatztests eine Messung des allgemeinen Intelligenzniveaus, speziell des Niveaus der kristallinen, d. h. wissensbasierten, Intelligenz, erlaubt. Der SKID-II dient der Diagnostik der zehn auf Achse-II sowie der zwei im Anhang des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, 2000) aufgeführten Persönlichkeitsstörungen. Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Quantifizierung der relativen Ausprägung von Persönlichkeitsstilen, die als nicht-pathologische Entsprechungen der in DSM-IV und *International Classification of Diseases* (ICD-10) beschriebenen Persönlichkeitsstörungen gelten. Das BDI ist ein Fragebogen, der der Erfassung der Schwere depressiver Symptome dient. Die CFT misst die kognitive Leistungsfähigkeit basierend auf dem Intelligenzkonzept von Cattell (1963), das davon ausgeht, dass sich die allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit in zwei allgemeine Intelligenzformen unterteilen lässt, einen fluiden und einen kristallinen Intelligenzfaktor. Es wird damit einerseits die Fähigkeit beschrieben, komplexe Beziehungen in neuartigen Situationen wahrzunehmen und zu erfassen, sowie andererseits das sogenannte Faktenwissen.

Eine standardisierte Verlaufsdiagnostik wird von insgesamt 54.5 % der Einrichtungen (n = 33) durchgeführt, von 14 Einrichtungen routinemäßig und von 4 anlassbezogen. Insgesamt 36.4 % (n = 12) berichteten, keine standardisierte Verlaufsdiagnostik durchzuführen. Die zu diesem Zweck am häufigsten genannten Instrumente werden in der untenstehenden Tabelle 15b präsentiert.

Tab. 15b: Am häufigsten genannte standardisierte Instrumente zur Verlaufsdiagnostik (n = 33)

Verfahren	Abkürzung	Referenz*
Stable-2007/Acute-2007	Stable-2007/Acute-2007	Hanson, Harris, Scott & Helmus (2007)
Level of Service Inventory-Revised	LSI-R	Andrews & Bonta (2000)
Violence Risk Scale (-Sexual Offender)	VRS (-SO)	Wong & Gordon (1999); Wong, Olver, Nicholaichuk & Gordon (2003)
Therapist Rating Scale	TRS	Marshall & Marshall (2009)
Goal Attainment Scaling	GAS	Kiresuk & Sherman (1968)
Historical Clinical Risk-20	HCR-20	Webster, Douglas, Eaves & Hart (1997)

* Hierbei handelt es sich um die Autoren/-innen der Originalversion des jeweiligen Instruments.

Diese Instrumente unterscheiden sich von anderen (kriminalprognostischen) Verfahren dadurch, dass sie dynamische und damit durch Intervention potentiell veränderbare Merkmale erfassen und somit die Beurteilung therapiebedingter Entwicklungen erlauben. Die kriminalprognostischen Instrumente Stable-2007 und Acute-2007 entstammen empirischen Forschungsarbeiten zu dynamischen Risikofaktoren, die das Risiko sexuell motivierter Rückfälle beeinflussen. Das LSI-R ermöglicht eine Einschätzung des Rückfallrisikos bei männlichen, erwachsenen Rechtsbrechern durch die Erfassung hierfür relevanter Risikofaktoren sowie die Beurteilung des bestehenden Behandlungsbedarfs. Die VRS bzw. VRS-SO wird zur Einschätzung des Risikos, des Behandlungsbedarfs und der Therapiemotivation bei Gewalt- und Sexualstraftätern verwendet. Die TRS dient der strukturierten Erfassung von Therapiefortschritten und wurde speziell für Sexualstraftäter konzipiert. Mit Hilfe der GAS, die aus dem nicht-forensischen Psychotherapiebereich stammt, kann der Grad der Zielerreichung einer Psychotherapie erfasst werden. Der HCR-20 wird eingesetzt, um das Rückfallrisiko von Gewaltstraftätern einzuschätzen und wird insbesondere bei straffällig gewordenen Personen, die an einer psychischen Störung leiden, eingesetzt. Er umfasst 20 Items, die den Bereichen historische Informationen über die Person, klinische Informationen und Risiko-Management-Informationen zugeordnet werden.

Insgesamt 54.5 % der teilnehmenden Einrichtungen ($n = 33$) gaben an, eine standardisierte Abschlussdiagnostik durchzuführen, in der Regel als Bestandteil klinischer Abschlussberichte oder im Rahmen von Stellungnahmen an die Justiz. Die am häufigsten zu diesem Zweck eingesetzten Instrumente sind das LSI-R, der Stable-2007, der Static-99 und der HCR-20.

Kriminalprognostische Instrumente wurden von insgesamt 78.8 % ($n = 26$) der Einrichtungen eingesetzt. In Tabelle 16 werden die in den teilnehmenden Einrichtungen am häufigsten eingesetzten kriminalprognostischen Instrumente aufgeführt.

Tab. 16: Häufigkeit der Anwendung standardisierter Kriminalprognoseinstrumente ($n = 33$)

Routinemäßig			Anlassbezogen	
<u>Instrument</u>		<u>Nennungen</u>	<u>Instrument</u>	
1.	Static-99	12	1.	PCL-R
2.	Stable-2007	11	2.	HCR-20
3.	PCL-R	9	3.	LSI-R
4.	LSI-R	8	4.	Dittmann-Liste
5.	HCR-20	7	5.	Static-99
6.	Acute-2007	6	6.	Acute-2007
7.	VRAG	6	7.	SORAG
8.	Dittmann-Liste	3	8.	VRAG
9.	SAPROF	2	9.	ILRV
10.	ILRV	1	10.	SAPROF
11.	SORAG	1	11.	Stable-2007
12.	SSPI	1	12.	SVG-5
13.	SSSS	1	13.	VRS(-SO)
14.	SVR-20	1		
15.	TBRS	1		

Im folgenden Absatz werden die Verfahren kurz beschrieben, die mehr als einmal¹⁵ erwähnt wurden.

Der Static-99 (Hanson & Thornton, 2000; Rettenberger & Eher, 2006) ist das international am häufigsten eingesetzte Verfahren zur Einschätzung der sexuell motivierten Rückfallwahrscheinlichkeit bei bereits verurteilten Sexualstraftätern und stellt eine Synthese von zwei statistisch-aktuarischen Prognoseinstrumenten dar, dem *Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism* (RRASOR; Hanson, 1997) und dem *Structured Anchored Clinical Judgement-Minimum* (SACJ-Min; Grubin, 1998). Die *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 2003) basiert auf einem semi-strukturierten Interview für die klinische Beurteilung des Ausmaßes psychopathischer Persönlichkeitseigenschaften. Obwohl sie ursprünglich nicht zur Rückfallrisikoeinschätzung entwickelt wurde, zeigten empirische Untersuchungen, dass die PCL-R verschiedene Rückfallarten bei Straf- und Maßregelvollzugsstichproben vorhersagen konnte (z. B. Quinsey, Lalumière, Rice & Harris, 1995; Salekin, Rogers & Sewell, 1996). Bei der Dittmann-Liste handelt es sich um ein Instrument, das ursprünglich in der Schweiz durch den forensischen Psychiater und Rechtsmediziner Volker Dittmann (2000) entwickelt wurde und Kriterien zur Beurteilung von Gewalt- und Sexualstraftätern enthält. Der *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG; Harris, Rice & Quinsey, 1993; Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998, 2006) ist ein statistisch-aktuarisches Kriminalprognoseinstrument und dient der Vorhersage des gewalttätigen Rückfallrisikos bei männlichen Delinquenten. Der *Sex Offender Risk Appraisal Guide* (SORAG; Quinsey et al., 1998, 2006) ist eine Adaptation des VRAG und damit ebenfalls ein statistisch-aktuarisches Kriminalprognoseinstrument, das speziell für die Vorhersage des gewalttätigen Rückfalls bei Sexualstraftätern entwickelt wurde. Das *Structured Assessment of PROtectiv Factors for Violence Risk* (SAPROF; de Vogel, de Vries Robbé, de Ruiter & Bouman, 2011) stellt eine Checkliste zur standardisierten und strukturierten Erfassung von protektiven Faktoren dar.

15 Instrumente die einmal erwähnt wurden: Integrierte Liste der Risikovariablen (ILRV; Yundina, Tippelt & Nedopil, 2013), Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI; Helmus, Ciardha & Seto, 2015), Severe Sexual Sadism Scale (SSSS; Mokros, Schilling & Eher, 2012), Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997), Therapist Behavior Rating Scale (TBRs; Hogue, Rowe, Liddle & Turner, 1994), Screeninginstrument zur Vorhersage des Gewaltrisikos (SVG-5; Eher, Schilling, Mönichweger, Haubner-MacLean & Rettenberger, 2012), Violence Risk Scale(-Sexual Offender) (VRS[-SO]; Wong & Gordon, 1999; Wong, Olver, Nicholaichuk & Gordon, 2003).

3.5 Qualitätsmanagement

In dem nun folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der bereits durchgeführten Evaluationsstudien zusammenfassend dargestellt sowie die angewendeten empirisch untersuchten Behandlungskonzepte näher erläutert.

-
1. Wie viele Einrichtungen führten bislang Evaluationen der Behandlungswirksamkeit durch bzw. wurden bereits evaluiert?
 2. Wie wirksam kann die Arbeit der Ambulanzen eingeschätzt werden und welches methodische Vorgehen wurde für die Untersuchung der Wirksamkeit angewandt?
 3. Werden Behandlungskonzepte eingesetzt, die bereits evaluiert bzw. empirisch untersucht wurden?
-

3.5.1 Evaluation von Einrichtungen

Antworten auf die die Evaluation betreffenden Fragen lagen für 32 Einrichtungen vor. Die Hälfte ($n = 15$) gab an, bereits evaluiert worden zu sein, die andere Hälfte verneinte dies. Bei 6 der 15 bereits evaluierten extramuralen Versorgungssysteme¹⁶ war ein schriftlicher Bericht der Evaluation verfügbar. Diese Berichte wurden uns teilweise direkt im Rahmen der Befragung ($n = 2$) oder auf Nachfrage ($n = 4$) von den Einrichtungen oder Auftraggebern zur Verfügung gestellt¹⁷. Im Folgenden sollen Methodik sowie Ergebnisse der Evaluationen zusammenfassend skizziert werden. Auf diese Weise sollen sowohl Wirksamkeitsbelege der ambulanten Nachsorge erbracht, aber auch Zusammenhänge und Unterschiede bzgl. der methodischen Durchführung der Evaluationen er-

16 In zwei Fällen (Sicherheitsmanagement in Hessen, ISONA) wurde keine Einrichtung, sondern ein dezentral organisiertes Versorgungssystem evaluiert.

17 Das Vorliegen eines Berichts lässt keine Rückschlüsse darauf zu, ob die jeweilige Einrichtung an der Befragung teilgenommen hat.

sichtlich werden¹⁸. Da das *Kieler Interventionskonzept bei häuslicher Gewalt* (KIK; siehe S. 66) nicht für die Behandlung von Sexualstraftätern konzipiert ist, wird an dieser Stelle auf eine genauere Darstellung der Evaluationsergebnisse verzichtet. Die Evaluationen der Ambulanzen in München, Nürnberg und Würzburg werden gemeinsam dargestellt, da sie im Rahmen eines gemeinsamen (Drittmittel-)Auftrages erfolgten.

Institut für sozialtherapeutische Nachsorge und Resozialisierungsforschung e.V. (ISONA)

In Sachsen betreut und behandelt ISONA seit 2011 Sexual- und Gewaltstraftäter intramural und ambulant an den Standorten Chemnitz, Dresden und Leipzig. In Kooperation mit der Technischen Universität Dresden erfolgte eine begleitende Evaluationsstudie zur Wirksamkeit dieser Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen. Grundlage für die vorliegende Darstellung ist ein Auszug aus dem Jahresbericht 2016 für das Sächsische Justizministerium (Klemm & Riedel, 2016). Zum einen wurden Veränderungen verschiedener Parameter im Laufe der Therapie, d. h. die unmittelbare Wirksamkeit der Behandlung, untersucht ($n = 158$) und mit den Veränderungen derselben Parameter bei einer Kontrollgruppe ($n = 90$) verglichen. Diese Kontrollgruppe setzte sich aus Personen zusammen, die zwar bei ISONA angemeldet waren, aber aus verschiedenen Gründen (z. B. Umzug, Wegfall von Auflagen, fehlende Motivation) praktisch keine oder nur wenige therapeutische Maßnahmen wahrgenommen hatten. Als Outcome-Kriterium fungierte unter anderem der *Ressourcen-Defizite-Quotient* (RDQ), der für die Erfassung von selbstberichteten Ressourcen und Defiziten in Bereichen wie Konfliktverhalten, Straftataufarbeitung, Sexualverhalten oder die familiäre Situation verwendet werden kann. Er wurde zu Therapiebeginn und -ende ermittelt und gab so „methodenübergreifend Aufschluss über das Verhältnis von Stärken und Schwächen des Klienten“ (Klemm & Riedel, 2016, S. 1). Zudem wurden Veränderungen bzgl. diverser Risikoparameter im Therapieverlauf und die innerhalb der Therapie bekannt gewordene Rückfälligkeit analysiert. Bei den Behandelten zeigte sich im Mittel eine Verbesserung des RDQ in verschiedenen Konfliktverhaltens- und -erlebensmaßen, wohingegen die Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum keine Verbesserung bzw. teilweise sogar Verschlechterungen zeigte. Es fand sich

18 Die uns zur Verfügung gestellten Berichte weisen starke Heterogenität bzgl. Methodik sowie Detailliertheit der Darstellung auf, sodass auch die folgenden Beschreibungen unterschiedlich detailliert ausfallen mussten. Andererseits können nicht alle in den Berichten dargestellten Ergebnisse an dieser Stelle wiedergegeben werden.

bei den Behandelten zudem eine signifikante Verbesserung der Ressourcen im Hinblick auf die Tatverarbeitung, d. h. sie konnten sich „kognitiv von den emotionalen Reaktionsmustern distanzieren, die ursprünglich zur Tatbegehung beigetragen haben“ (Klemm & Riedel, 2016, S. 2). Diese Entwicklung war sowohl bei Sexual- als auch Gewaltstraftätern zu attestieren. Darüber hinaus schätzten die Behandelten ihre sozialen sowie finanziellen Ressourcen am Therapieende höher ein als zu Beginn. Bei den Sexualstraftätern zeigte sich außerdem eine Verbesserung im Umgang mit Sexualität und Intimität.

Darüber hinaus wurden bezüglich diverser Risikoklassen¹⁹ Selbst- und Fremdbild sowohl zu Beginn als auch Ende der Therapie erhoben. Im Falle der Gewaltstraftäter wurde hinsichtlich der meisten Risikoklassen im Mittel sowohl von den Klienten als auch von den Therapeuten/-innen eine Risikoreduktion berichtet. Es fällt auf, dass im Falle einiger Parameter Selbst- und Fremdeinschätzung entgegengesetzte Veränderungen indizierten. Bspw. werden die Risiken hinsichtlich Einsichts- und Steuerungsfähigkeit von den Therapeuten/-innen als reduziert, von den Tätern selbst als gesteigert wahrgenommen. Bei den Sexualstraftätern zeigten sich im Therapieverlauf weniger Veränderungen. Die stärkste Veränderung bestand in der Reduktion der fremdeingeschätzten Risiken hinsichtlich Einsichts- und Steuerungsfähigkeit. Die Täter selbst schienen im Laufe der Therapie jedoch keine Veränderung dieser Risiken wahrzunehmen. Die Rückfallraten während der Therapie wurden mit jenen der Kontrollgruppe verglichen. Klienten, die die ambulante Behandlung vollständig absolvierten, wurden im Betreuungszeitraum in 6.0 % der Fälle einschlägig rückfällig (Gewaltstraftäter: 1.8 %, Sexualstraftäter: 9.3 %), in der Kontrollgruppe waren es dagegen über 20.0 % (Gewaltstraftäter: 19.4 %, Sexualstraftäter: 28 %), trotz des teilweise äußerst kurzen Beobachtungszeitraumes.

Des Weiteren wurde die langfristige Wirksamkeit der Nachsorge durch ISONA untersucht, indem Rückfalldaten eines Teils der oben genannten Stichprobe ($n = 43$) durch Nachbefragungen²⁰ noch einmal untersucht wurden. Insgesamt konnten auf diese Weise Daten von 29 Personen der Therapie- und 14 Personen der Kontrollgruppe erhoben werden. Der Katamnesezeitraum variierte, betrug jedoch mindestens zwei Jahre und

19 Unter anderem das allgemeine Risiko, wieder strafrechtlich in Erscheinung zu treten; kriminelle Einstellungen; riskantes Sexualverhalten; Einsichts- und Steuerungsfähigkeit.

20 Es wurden 100 ehemalige Klienten überwiegend telefonisch kontaktiert, wobei 43 auswertbare Rückmeldungen vorlagen.

im Mittel 3.6 Jahre (Therapiegruppe) bzw. 5 Jahre (Kontrollgruppe). Sowohl erneute Einträge ins Bundeszentralregister (BZR), als auch einschlägige Rückfälle traten bei der Therapiegruppe seltener als bei der Kontrollgruppe auf (Eintrag ins BZR: 21.4 % versus 42.8 %; Einschlägige Rückfälle: 21.4 % versus 35.7 %). Diese Einschätzungen erfolgten auf der Basis von Selbstberichten oder – v. a. im Falle von Wiederinhaftierten – nach Auskunft der Bewährungshilfe.

Psychotherapeutische Fachambulanzen für Sexualstraftäter in Bayern

Die Abteilung für Forensische Psychiatrie des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München wurde durch das Bayerische Staatsministerium der Justiz mit der Untersuchung der drei bayerischen Fachambulanzen in München (Nedopil, Tippelt & Stübner, 2011; Nedopil & Tippelt, 2014), Nürnberg (Leichauer, Streb & Dudeck, 2016; Nedopil, Tippelt & Stübner, 2012) und Würzburg (Nedopil, Tippelt & Stübner, 2013) beauftragt. Dabei wurden Daten derjenigen Klienten ausgewertet, die im definierten Zeitraum mindestens einen Gesprächstermin in der Ambulanz hatten (München: $n = 242$; Nürnberg: $n = 139$; Würzburg: $n = 123$). Die Evaluationen der drei Ambulanzen umfassten jeweils einerseits einen deskriptiven Teil, in dem die Klientel beschrieben sowie Veränderungen in prognostischen Faktoren und Basisraten dargestellt wurden. Darüber hinaus wurden in diesem Teil Risiko²¹- und Qualitätsmanagement sowie Programmintegrität²² und Optimierungsbedarf beurteilt. Anhand von den bei Prognoseinstrumenten erzielten Werten wurde eine Überprüfung der Indikationsstellung und Klientenselektion vorgenommen.

Andererseits wurden in einem jeweils weiteren Teil die Ergebnisse von fünfjährigen Wirksamkeitsuntersuchungen dargestellt, in deren Kontext die Rückfallraten der Klienten mit einer Kontrollgruppe verglichen werden. Als Kontrollgruppe für die verschiedenen Behandlungsgruppen fungierte ein Probandenkollektiv aus Sexualstraftätern, die zwischen 2006 und 2010 in verschiedenen anderen bayerischen Landgerichtsbezirken entlassen worden waren. Untersucht wurden folgende Variablen: Erneuter Eintrag ins BZR, eine erneute Straftat, ein erneutes Sexualdelikt, ein erneutes (nicht-sexuelles) Gewaltdelikt und zuletzt eine erneute Inhaftierung. Weil aufgrund des geringen Stichprobenumfangs kein

21 So z. B. Verhalten in Krisensituationen oder das Ausmaß an Suizidalität.

22 Programmintegrität meint „das Ausmaß, in dem ein Behandlungsprogramm so durchgeführt wird, wie es in der Theorie entwickelt wurde“ (Andrews & Dowden, 2005).

Matching möglich war, wurden die im Static-99 (Hanson & Thornton, 2000; Rettenberger & Eher, 2006) erzielten Werte als Kontrollvariable berücksichtigt. Im Falle der Würzburger Ambulanz lagen die Ergebnisse dieses zweiten Projektteils zum Zeitpunkt der Abfassung des vorliegenden Berichts noch nicht vor.

München

Es wurden Daten von Klienten erfasst, die seit der Eröffnung der Ambulanz im September 2008 bis November 2010 mit dieser in Kontakt getreten waren (Nedopil, Tippelt & Stübner, 2011; Nedopil & Tippelt, 2014). Die Programmintegrität der Münchner Ambulanz wurde als insgesamt „zufriedenstellend“ eingestuft. Qualitätsmanagement (Fallbesprechungen, Supervision, Coaching etc.) sowie die Zusammenarbeit mit Justiz, Bewährungshilfe und niedergelassenen Ärzten/-innen und Therapeuten/-innen wurden als besonders positiv hervorgehoben. In den Bereichen der Transparenz und Standardisierung – zum Beispiel im Hinblick auf Indikationsstellung, Verlaufsdiagnostik und Therapiezielerreichung – wurde noch Optimierungsbedarf gesehen. Diese Einschränkung muss allerdings vor dem Hintergrund des damals erst zweijährigen Bestehens der Ambulanz interpretiert werden. Auch die Routine beim Einsatz von Prognoseinstrumenten wurde zum Erhebungszeitpunkt als ausbaufähig bewertet. Der *Caseload* der Mitarbeiter wurde als für den forensischen Bereich angemessen eingeordnet. Die Einschätzung des Risikomanagements konnte aufgrund von methodischen Problemen nicht wie geplant umgesetzt werden. Im Mittel reduzierten sich bei den Klienten die dynamischen Risikofaktoren, was als Hinweis für die Wirksamkeit der Behandlung gedeutet werden kann.

Die Vergleiche der Rückfallraten zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe (Nedopil & Tippelt, 2014) wiesen darauf hin, dass jene Probanden mit Behandlungsbedarf und -motivation von einer Behandlung durch die Ambulanz in München profitieren. Der Unterschied bzgl. der allgemeinen Straffälligkeit ist dabei stärker ausgeprägt als im Falle der einschlägigen sowie der gewalttätigen (nicht-sexuellen) Rückfälligkeit. Die allgemeine Rückfälligkeit betrug in der Behandlungsgruppe²³ 15 % und bei der Kontrollgruppe 40 %. Erneute Sexualdelikte traten bei 5 % der Behandlungs- und 7 % der Kontrollgruppe auf. Nicht-sexuelle Ge-

23 Probanden, bei denen die Therapie zumindest begonnen wurde.

waltdelikte begingen 2 % der Behandelten und 12 % der Kontrollgruppe. Der mittlere Beobachtungszeitraum lag bei drei Jahren.

Nürnberg

Es wurden Daten aller Klienten berücksichtigt, die zwischen Oktober 2009 und November 2011 mit der Ambulanz in Kontakt getreten waren (Leichauer, Streb & Dudeck, 2016; Nedopil, Tippelt & Stübner, 2012). Die Programmintegrität der Ambulanz wurde als „sehr zufriedenstellend“ eingestuft; besonders positiv wurden die Standardisierung im Rahmen der Vorgespräche und die Einhaltung des Risiko-, Bedürfnis-, Ansprechbarkeitsprinzips betont. Die meisten Probanden (11 von 16) zeigten eine Reduktion stabil-dynamischer Risikofaktoren, bei fünf Personen war jedoch ein Anstieg der Werte zu verzeichnen. Im Mittel gab es deshalb keine signifikante Reduktion dieser Risikofaktoren. Bei der Überprüfung der Klientenselektion zeigte sich, dass sich die in Behandlung aufgenommen Klienten nicht bzgl. ihres Rückfallrisikos (gemessen mit Prognoseinstrumenten) von den Probanden unterschieden, die keine Behandlung erhielten. Dies wurde als Hinweis darauf gedeutet, dass einige Personen, die eine therapierelevante Konstellation an Risikofaktoren aufweisen, nicht vom Angebot der Ambulanz profitieren konnten.

Im Rahmen des Vergleichs der Rückfälligkeit zwischen Therapie- ($n = 84$) und Kontrollgruppe ($n = 139$) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. erneuten Sexualdelikten (Behandlungsgruppe: 8 %, Kontrollgruppe: 7 %). Gewaltdelikte (Behandlungsgruppe: 1.2 %, Kontrollgruppe: 9.4 %) sowie Rückfälle im Allgemeinen (Behandlungsgruppe: 27.4 %, Kontrollgruppe: 41.0 %) traten bei der Behandlungsgruppe jedoch signifikant seltener auf als bei der Kontrollgruppe (Leichauer, Streb & Dudeck, 2016).

Würzburg

Im Rahmen der Evaluation der Würzburger Ambulanz wurden die Daten jener Klienten analysiert, die die Ambulanz zwischen Februar 2009 und Februar 2013 kontaktiert hatten (Nedopil, Tippelt & Stübner, 2013). Hinsichtlich der Programmintegrität wurde die Arbeit der Ambulanz als „sehr zufriedenstellend“ klassifiziert, auch das Qualitäts- und Krisenmanagement wurde positiv bewertet. Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip wurden weitgehend berücksichtigt. Als mögliche Optimierungen wurden die Erfassung der Klientenzufriedenheit, eindeutige Kri-

terien für die Beendigung von Behandlungen sowie die Verschriftlichung des therapeutischen Konzepts vorgeschlagen. Der *Caseload* in der Einrichtung wurde allerdings höher als für den forensischen Nachsorgebereich angemessen eingestuft.

Fachambulanz der Justiz in Potsdam

Die Abteilung für Forensische Psychiatrie des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München wurde im September 2011 vom Ministerium der Justiz des Landes Brandenburg mit der Untersuchung der therapeutischen Fachambulanz der Justiz in Potsdam beauftragt (Nedopil & Tippelt, 2013). Die Evaluation verlief vorwiegend deskriptiv, wobei man sich an der methodischen Vorgehensweise der Evaluation der bayerischen Ambulanzen orientierte, weshalb an dieser Stelle auf eine Beschreibung der Methodik verzichtet wird. Es wurden Daten jener Klienten ($n = 79$) berücksichtigt, welche die Ambulanz im Zeitraum zwischen September 2011 und Juli 2013 kontaktiert hatten. Die Programmintegrität wurde als „sehr zufriedenstellend“ beurteilt. Des Weiteren wurden das Qualitätsmanagement, die Dokumentation, die Vernetzung der Ambulanz sowie das stark am Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip ausgerichtete Behandlungskonzept positiv hervorgehoben. Auch das Krisenmanagement wird als weitgehend effektiv eingestuft. Die Analysen lieferten Hinweise darauf, dass es bei den meisten Behandelten zu einer Reduktion dynamischer Risikofaktoren gekommen ist. Allerdings lagen dementsprechende Daten zum Zeitpunkt der Auswertung von nur wenigen Klienten ($n = 12$), vor und es konnten auf dieser Grundlage keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden. Optimierungsmöglichkeiten bestanden hinsichtlich der Festlegung von Kriterien für Behandlungsbeendigungen. Des Weiteren wäre eine Untersuchung der Langzeitwirkung nach dem Vorbild der bayerischen Ambulanzen sinnvoll, bei der die Rückfalldaten von in der Ambulanz Behandelten mit jenen einer geeigneten Kontrollgruppe verglichen werden. Ein solcher, zweiter Projektteil mit Kontrollgruppendesign steht im Falle von Potsdam noch aus.

Dezentrales Nachsorgesystem in Hessen

Im Auftrag des Hessischen Ministeriums der Justiz (HMdJ) und des Vereins zur Förderung der Bewährungshilfe e.V. erfolgte durch Mitarbeiter/-innen des Psychologischen Instituts der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (JGU) sowie der Kriminologischen Zentralstelle (KrimZ) Wiesbaden eine zweiteilige Untersuchung der Versorgung von

Klienten des dezentralen Versorgungsmodells des Sicherheitsmanagements (SIMA) in Hessen²⁴.

Im ersten Teil wurden die Angaben von Therapeuten/-innen ($n = 35$) ausgewertet, die an der dezentralen Behandlung entlassener Sexualstraftäter beteiligt waren (Bockshammer & Rettenberger, 2015). Die Befragten waren überwiegend verhaltens- und gesprächstherapeutisch ausgebildete Psychotherapeuten/-innen und übten die Behandlung der forensischen Klientel als Nebenbetätigung mit einem wöchentlichen Zeitaufwand von überwiegend zwei bis vier Stunden aus. Da die Behandelnden im Hinblick auf die forensische Klientel teilweise vergleichsweise wenig Erfahrung aufwiesen, könnten klientelspezifische Weiterbildungsangebote in den Bereichen Kriminalprognose und Behandlungstechnik von Nutzen sein, um die Wirksamkeit der dezentralen Versorgung erhöhen. Ein Drittel der Befragten gab an, das Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip systematisch zu berücksichtigen – eine noch flächendeckendere Orientierung an diesem Modell könnte gewinnbringend sein, wie empirische Untersuchungen der Vergangenheit nahelegten (Andrews et al., 1990; Hanson et al., 2009; Schmucker, 2004).

Der zweite Teil des Projekts (Keßler & Rettenberger, 2017) galt der Untersuchung der Langzeitwirkung der ambulanten Behandlung durch das genannte dezentrale Versorgungssystem. Zu diesem Zweck wurden Rückfalldaten behandelter ($n = 134$) und nicht behandelter ($n = 134$) Probanden verglichen. Zugunsten einer besseren Vergleichbarkeit der Gruppen wurde ein *Matching* bzgl. rückfallrelevanter Merkmale (Anlassdelikt, Alter, Nachbeobachtungszeitraum, ähnlich hohe statistisch-aktuarische Kriminalrückfallprognose²⁵) angewandt. Bei den behandelten Sexualstraftätern zeigte sich eine geringere Rate an neuerlichen Anzeigen aufgrund von allgemein gewalttätiger (14.2 %) und speziell sexuell gewalttätiger (9.7 %) Straftaten im Vergleich zur Kontrollgruppe (26.9 % und 19.4 %). Auch bzgl. anderer Deliktkategorien (z. B. allgemeine oder sexuelle Rückfälligkeit) wies die Behandlungsgruppe niedrigere, wenn auch nicht signifikant unterschiedliche Anzeigeraten auf. Hinsicht-

24 Das Sicherheitsmanagement (SIMA) ist eine 2008 durch Runderlass des Hessischen Ministeriums der Justiz, des Hessischen Ministeriums des Innern und für Sport und des Hessischen Sozialministeriums („Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung von Sexualstraftätern“) entstandene Gruppe von Bewährungshelfer/-innen in Hessen, deren Hauptaufgabe die Versorgung, Betreuung und Kontrolle von Hoch-Risiko-Tätern – insbesondere Sexualstraftätern – ist.

25 Mithilfe des Static-99 (Hanson & Thornton, 2000; Rettenberger & Eher, 2006) erfasst.

lich der Wiederverurteilungsrates unterschieden sich die Gruppen in keiner der betrachteten Deliktkategorien signifikant. Diese Ergebnisse werden von den Autoren als Hinweis darauf gedeutet, dass auch ein dezentral agierendes Versorgungssystem zur Reduktion von Rückfällen beitragen kann.

3.5.2 Evaluierte Behandlungskonzepte

Auf die Frage, ob die jeweilige Einrichtung mit Behandlungskonzepten arbeite, für die empirischen Wirksamkeitsbelege vorliegen, antworteten 13 Einrichtungen mit „Ja“ und 17 mit „Nein“. Fast alle dieser erstgenannten Einrichtungen ($n = 12$) spezifizierten diese Konzepte, zehn Einrichtungen nannten dabei mindestens zwei Konzepte. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sowohl Rehabilitationsmodelle, als auch spezifische Behandlungsprogramme genannt wurden, die Antworten somit eine gewisse Heterogenität bzgl. der konzeptuellen Hierarchieebene aufwiesen. Eine Auflistung der zum Einsatz kommenden Modelle bzw. Programme findet sich in Tabelle 17.

Tab. 17: Häufigkeit der Nennung von Rehabilitationsmodellen und Behandlungskonzepten

Programm/Modell	Entwickler/-innen	Konzeptuelle Kategorie	Nennungen
Sex Offender Treatment Program (SOTP)	Marshall, Anderson, Fernandez, Eccles, & Mulloy (1999)	Programm	5
Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)	Wischka, Foppe, Griepenburg, Nuhn-Naber, & Rehder (2002)	Programm	4
Reasoning and Rehabilitation Program (R & R)	Ross & Fabiano (1985)	Programm	3
Good Lives Model (GLM)	Ward & Gannon (2006)	Rehabilitationsmodell	3
Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern	Bullens (1993)	Programm	2
Leipziger Selbstkontroll-Training (SKT)	Klemm (2011, 2013)	Programm	2
Risk-Need-Responsivity (RNR)	Andrews & Bonta (2006)	Rehabilitationsmodell	2
Rockwood Preparatory Program for Sexual Offenders	Marshall, Marshall, Fernandez, Malcolm & Moulden (2008)	Programm	1
Kieler Interventionskonzept bei häuslicher Gewalt (KIK)	—	—	1
Ambulante KVT mit Gewalttätern	Kalbe (2014)	Programm	1
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Sexualstraftäter	Hanstein (1999)	Programm	1

Anmerkung. Für die vorliegende Auswertung wurden die Antworten von $n = 12$ Ambulanzen berücksichtigt.

Im Folgenden werden die Ausrichtungen und Zielsetzungen der Behandlungsprogramme kurz erläutert sowie der Forschungsstand hinsichtlich ihrer Wirksamkeit dargelegt. Das *Sexual Offender Treatment Program* (SOTP; Marshall et al., 1999) ist eine im angloamerikanischen Raum weit verbreitetes vergleichsweise stark strukturiertes kognitiv-behaviorales Gruppenbehandlungsprogramm, das für im Strafvollzug befindliche Sexualstraftäter konzipiert wurde. Kernelemente des Programms bestehen in der Motivierung und Befähigung zur Rückfallvermeidung (Beech, Fisher & Becket, 1998). Zum einen konnten Verbesserungen hinsichtlich dynamischer Risikofaktoren wie deliktfördernde Einstellungen, Fähigkeiten zur Rückfallvermeidung sowie dysfunktionale Persönlichkeitsmerkmale belegt werden (Beech et al., 1998). Zum anderen gab es in der Vergangenheit empirische Hinweise für eine rückfallmindernde Wirkung (Merrington & Stanley, 2004). Allerdings wurden aktuell auch gegenteilige Befunde vorgelegt: Im Rahmen einer kürzlich veröffentlichten Rückfalluntersuchung wurden in England und Wales mit dem SOTP behandelte mit nicht behandelten Sexualstraftätern hinsichtlich ihrer Rückfallraten (mittlerer Beobachtungszeitraum: 8.2 Jahre) verglichen (Mews, Di Bella & Purver, 2017). Die Vergleichbarkeit wurde durch ein umfassendes *Matching*-Procedere anhand von über 80 Variablen erzielt. Dabei begingen die behandelten Straftäter sogar häufiger eine erneute sexuelle Gewalttat (10.0 % versus 8.0 %) als die nicht behandelten Sexualstraftäter, wobei die Unterschiede statistisch nicht signifikant waren.

Ebenso wie das SOTP ist auch das im Niedersächsischen Strafvollzug entwickelte *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter* (BPS; Wischka et al., 2002) ein strukturiertes kognitiv-behaviorales Gruppentherapieprogramm. Es sind 80 Sitzungen vorgesehen, in denen delikt-spezifische²⁶ und delikt-unspezifische²⁷ Behandlungselemente umgesetzt werden. Wischka (2013) fand bei Teilnehmern des Programms signifikante Reduktionen deliktfördernder Einstellungen, eine Steigerung der Verantwortungsübernahme und der selbstkritischen Haltung gegenüber dem Delikt sowie der opferbezogenen Perspektivübernahme. Inwieweit sich diese Veränderungen auf die Legalprognose auswirkten, wurde im Rahmen der Studie nicht untersucht.

26 So z. B. Erarbeitung und Verständnis des Deliktszenarios, Opfer-Empathie und Rückfallprävention.

27 So z. B. Stressmanagement, Sexualverhalten oder Kommunikationsfertigkeiten.

Das *Reasoning & Rehabilitation Program* (R&R; Ross & Fabiano, 1985) ist ein international anerkanntes, kognitiv-behaviorales Behandlungsprogramm, bei dem kognitive sowie soziale Fertigkeiten und Prinzipien, welche für die prosoziale Kompetenz erforderlich sind, vermittelt werden. Das R&R umfasst 35 hochstrukturierte, manualisierte zweistündige Sitzungen für Gruppen mit sechs bis zwölf Jugendlichen oder Erwachsenen, die antisoziale oder kriminelle Verhaltensweisen aufweisen. Seine Wirksamkeit am Kriterium der Rückfälligkeit wurde bereits meta-analytisch belegt (Tong & Farrington, 2008).

Das *Leipziger Selbstkontroll-Training* (Klemm, 2011, 2013) ist ein zweistufiges Programm, bestehend aus einer Grundstufe, in der Sensibilisierung und soziale Kompetenz thematisiert werden, und eine Aufbaustufe, welche auf Lebensplanung, Familientraditionen und Sexualität/Beziehungsgestaltung abzielt. Das Programm wird im Gruppensetting durchgeführt und spricht als sozialtherapeutische Nachsorge jugendliche und erwachsene Täter an, die aus der stationären Unterbringung (Strafvollzug, Maßregelvollzug, intramurale Sozialtherapie oder Sicherungsverwahrung) entlassen wurden oder sich in der Entlassungsphase befinden.

Das *Rockwood Preparatory Program for Sexual Offenders* (Marshall et al., 2008) ist ein sechs- bis achtwöchiges für den intramuralen Einsatz konzipiertes Gruppenprogramm, das dem Aufbau von Therapiemotivation und der Vorbereitung auf eine weiterführende Behandlung dienen soll. Das Programm zeigte positive Effekte im Hinblick auf die Therapiemotivation sowie eine rückfallreduzierende Wirkung bei einem Vergleich zwischen behandelten und nicht behandelten Probanden (Marshall et al., 2008).

Das *Kieler Kooperations- und Interventionskonzept* (KIK) gegen häusliche Gewalt des Landes Schleswig-Holstein wurde 1999 entwickelt und strebt eine möglichst nachhaltig wirksame Intervention in Fällen häuslicher Gewalt an. Durch die Zusammenarbeit aller mit häuslicher Gewalt befassten Institutionen (z. B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Gerichte, Jugend- und Sozialämter, Frauenhäuser, Frauennotrufe und Frauenberatungsstellen, Mitarbeiter örtlicher Beratungsstellen, des Gesundheitswesens, der Täterarbeit sowie Rechtsanwälte) sollen Handlungsschritte und Hilfsangebote koordiniert und weiterentwickelt werden, um einen größeren Schutz für die Opfer und ein klares Handeln gegenüber den Tätern zu erreichen. Dabei wird sowohl den Opfern als auch den Tätern der Zugang zu Hilfsmöglichkeiten erleichtert, um die bestehende Gewaltdynamik zu durchbrechen. Es handelt sich somit eher um

eine der Koordinierung dienende Hilfsmaßnahme als um ein spezifisches Behandlungsprogramm. KIK wurde im Jahr 2000 im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleituntersuchung evaluiert (siehe BMSFSJ, 2004).

Die ambulante Behandlung von Sexualstraftätern nach Bullens (1993) und die ambulante kognitive Verhaltenstherapie mit Gewalttätern nach Kalbe (2014) basieren auf den Grundlagen der kognitiven Verhaltenstherapie, wobei das Delikt und damit zusammenhängende Verhaltensmuster sowie der Rückfallprozess im Mittelpunkt stehen. Grundsätzlich gelten kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze empirisch gesehen als die am besten bewährten Methoden und genießen momentan auch bei der Behandlung von Sexualstraftätern die höchste Akzeptanz (Hanson et al., 2002). Tiefenpsychologisch orientierten Verfahren (z. B. Hanstein, 1999) zielen auf das Bewusstwerden und Bearbeiten der psychischen Konflikte, korrigierende Beziehungserfahrungen, das Erlernen von neuen Bewältigungsstrategien und die Integration der verschiedenen Persönlichkeitsanteile. In der Literatur zu psychodynamisch orientierten Behandlungsansätzen bei Sexualstraftätern dominieren dennoch meist Einzelfallstudien, und das Fehlen systematischer Untersuchungen wird bereits seit längerer Zeit beklagt (Schorsch & Pfäfflin, 1994).

Es wird ersichtlich, dass speziell für Sexualstraftäter entwickelte Behandlungsprogramme – wie das BPS oder das SOTP – in erster Linie für das intramurale Setting konzipiert und auch überwiegend in diesem Kontext hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht wurden. Somit lassen sich Effekte nur bedingt auf den extramuralen Kontext übertragen. Hinweise auf die Effektivität der Behandlung im extramuralen Bereich liegen jedoch bereits vor. So konnten Schmucker und Lösel (2015) in ihrem Übersichtsartikel zeigen, dass die extramurale Behandlung von Sexualstraftätern nicht nur gleichermaßen wirkt, sondern der intramuralen Behandlung sogar tendenziell überlegen ist. Somit scheint eine Anwendung der vorgestellten Programme im ambulanten Bereich legitim – wobei zu berücksichtigen ist, dass keine Untersuchung der Wirksamkeit spezifischer Behandlungsprogramme, sondern der extramuralen Behandlung im Allgemeinen erfolgte.

4 Fazit und Schlussfolgerungen

Wie Kliesch (2017, S. 119) im Zuge der aktuellen Diskussion um die extramurale Betreuung und Behandlung ausführt, ist „die aktuelle forensische Behandlungslandschaft als unübersichtlich und uneinheitlich zu

beschreiben“. Mithilfe der vorliegenden Umfrage konnten wir Informationen aus 47 Einrichtungen erhalten, die seit durchschnittlich etwa 17 Jahren in der extramuralen Behandlung und Betreuung von Sexualstraftätern tätig sind. Im Durchschnitt arbeiteten sieben Fachkräfte in einer Einrichtung, wobei die Gruppe der Psychologen/-innen, psychologischen Psychotherapeuten/-innen und Sozialpädagogen/-innen bzw. Sozialarbeiter/-innen die Mehrheit darstellte. Leitende Positionen wurden überwiegend von psychologischen Psychotherapeuten/-innen eingenommen. Nach Selbsteinschätzung der Einrichtungen waren die priorisierten Aufgaben die Resozialisierung und die therapeutische Versorgung. Die Aufgabe der Kontrolle wurde in der Priorität als eher zweitrangig eingestuft, während Sanktionierung erwartungsgemäß eine sehr geringe Rolle spielte. Die Zusammenarbeit mit anderen Behörden wurde mehrheitlich als positiv wahrgenommen, wobei die Bewährungshilfen die beste und die Justizvollzugsanstalten die niedrigste Bewertung erhielten.

Insgesamt wurden Daten von annähernd 2.000 sich in extramuraler ambulanter Betreuung und Behandlung befindlichen Klienten erfasst. Der überwiegende Teil der Klienten war zwischen 26 und 45 Jahre alt. Sexualstraftäter machten zwei Drittel der Gesamtklientel aus. Der Großteil der Klienten befand sich unter Führungsaufsicht mit Therapieweisung.

Ein vergleichsweise großer Anteil der Klienten litt unter psychischen Störungen, insbesondere aus dem Bereich der Substanzkonsum- sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Bei den Störungen der Sexualpräferenz überwogen die Diagnosen Pädophilie und – mit großem Abstand – Exhibitionismus. Annähernd ein Drittel der Klienten erhielt bereits im Strafvollzug eine psychotherapeutische Behandlung. Knapp ein Viertel der Klienten wies darüber hinaus nicht-forensische therapeutische Vorerfahrungen auf.

Annähernd drei Viertel der Klienten im Jahre 2016 wurden nach dem Erstkontakt anschließend in die Behandlung aufgenommen. Bei der Behandlung wurden mehrheitlich international etablierte Rehabilitationsmodelle eingesetzt. Die dominierende therapeutische Ausrichtung ist die kognitiv-behavioral orientierte Therapie, gefolgt von der systemischen (Familien-)Therapie und der Psychoanalyse oder tiefenpsychologischen bzw. psychodynamischen Ansätzen. Das am häufigsten umgesetzte Behandlungssetting ist die Einzeltherapie sowie das Fall- bzw. Risikomanagement. Eine medikamentöse Behandlung erfolgte bei (geschätzten) ca. einem Viertel der Sexualstraftäter.

Kriminalprognoseinstrumente wurden im überwiegenden Anteil der Einrichtungen eingesetzt. Ebenso mehrheitlich wurden wissenschaftliche fundierte psychodiagnostische Instrumente im Rahmen der Eingangsdagnostik verwendet. Eine standardisierte Verlaufs- und Abschlussdiagnostik ist im Vergleich dazu weniger verbreitet.

Obwohl die erhobenen Daten nicht die Gesamtheit der extramuralen Versorgungsstrukturen in Deutschland abbilden kann, können sie als grundsätzlich repräsentativ eingestuft werden. Die Ambulanzen, die in der vorliegenden Untersuchung teilnahmen, wiesen eine große Heterogenität hinsichtlich konzeptioneller Schwerpunkte und konkreter Behandlungstechniken auf. Vor diesem Hintergrund erscheint die regelmäßige Diskussion und Weiterentwicklung von Behandlungskriterien und fachlichen Standards empfehlenswert (Niemz & Braunisch, 2017).

Im Hinblick auf die Wirksamkeit der Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen kann konstatiert werden, dass ein substantieller Anteil der Einrichtungen bereits evaluiert wurden und die Ergebnisse trotz diverser methodischer Limitationen grundsätzlich für die Wirksamkeit der ambulanten Maßnahmen im Hinblick auf eine nachhaltige Reduktion des Rückfallrisikos von Sexualstraftätern sprechen. Dennoch besteht dringend weiterer Evaluationsbedarf. Damit stehen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung im Einklang mit internationalen metaanalytisch abgesicherten Ergebnissen (Kim et al., 2016; Schmucker & Lösel, 2015; Walton & Chou, 2015): Zum einen ist von einem substantiellen positiven Effekt der extramuralen Betreuung und Behandlung von Sexualstraftätern auszugehen. Zum anderen sind weitere Untersuchungen unbedingt notwendig, um konkrete Erkenntnisse über (un-)wirksame Interventionsprogramme zu erhalten und die Nachsorgepraxis sukzessive zu verbessern. Die Wichtigkeit und Notwendigkeit von einrichtungsinternen begleitenden Evaluationen liegen u. a. darin, dass die so gewonnenen Erkenntnisse eine weitere Steigerung der rückfallreduzierenden Effekte und damit einhergehend einen verbesserten Schutz der Bevölkerung ermöglichen. Die statistische Einschätzung der kriminalpräventiven Wirksamkeit der ambulanten Nachsorge von Straftätern ist dabei eine notwendige und anspruchsvolle Aufgabe. In der vorliegenden Untersuchung war es basierend auf Rückschlüsse aus den hier dargestellten Ergebnissen möglich, insbesondere durch die Untersuchung der Einhaltung wissenschaftlicher Standards, Hinweise auf die therapeutische Wirksamkeit in extramuralen Versorgungsstrukturen abzuleiten.

Literatur

- *American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2000). *The Level of Service Inventory-Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Cincinnati: Anderson.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39-55. doi:10.1037/a0018362.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404. doi:10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x.
- *Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beech, A. R., Fisher, D. & Becket, R. (1998). *Step 3: An evaluation of the Prison Sex Offender Treatment Programme*. London: Home Office.
- Bockshammer, T. & Rettenberger, M. (2015). Eine empirische Untersuchung der dezentralen therapeutischen Versorgung entlassener Sexualstraftäter: Befragung der Therapeuten/-innen von Probanden des Sicherheitsmanagements (SIMA) in Hessen. *Recht & Psychiatrie*, 33, 183-192.
- Bullens, R. (1993). Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern innerhalb eines gerichtlich verpflichtenden Rahmens. In G. Ramin (Hrsg.), *Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften: Bd. 53. Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie: Ein Handbuch* (S. 397-412). Paderborn: Junfermann.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2004). Von regionalen Innovationen zu Maßstäben guter Praxis: Die Arbeit von Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt. Abschlussbericht 2000 bis 2004 (Gemeinsam gegen häusliche Gewalt: Kooperation, Intervention, Begleitforschung No. 4).

- Butz M., Mokros A. & Osterheider M. (2013). Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten: Ergebnisse des zweiten bayerischen Modellprojekts. *Psychiatrische Praxis*, 40, 36-42.
- Cattell, R. B. (1963). Theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 54(1), 1-22. doi:10.1037/h0046743.
- *Cattell, R. B., Weiß, R. H. & Osterland, J. (1997). *CFT 1. Grundintelligenztest Skala 1*. Testzentrale, Göttingen.
- Dessecker, A. (2017). Das neu geweckte Interesse an Behandlung. *Forum Strafvollzug*, 66, 7-10.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y. H. A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 171-177. doi:10.1080/14999013.2011.600230.
- Dittmann, V. (2000). Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie (Hrsg.), „Gemeingefährliche“ Straftäter (S. 67-95). Zürich: Rüegger.
- Dünkel, F., Geng, B. & Harrendorf, S. (2016). Gefangeneneraten im internationalen und nationalen Vergleich. *Bewährungshilfe*, 63(2), S. 178-200.
- Eher, R., Rettenberger, M. & Schilling, F. (2010). Psychiatrische Diagnosen von Sexualstraftätern - Eine empirische Untersuchung von 807 inhaftierten Kindesmissbrauchstätern und Vergewaltigern. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 23, 23-35. doi:10.1055/s-0030-1247274.
- Entorf, H., Meyer, S. & Möbert J. (2008). *Evaluation des Justizvollzugs. Ergebnisse einer bundesweiten Feldstudie*. Heidelberg: Physica-Verlag.
- Frädrich, S. & Pfäfflin, F. (2000). Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, 18, 95-104.
- Freese, R. (2014). Zum Stand der forensischen und forensischenpsychiatrischen Nachsorge in der Bundesrepublik Deutschland (Daten aus der sog. Pfingstabfrage 2013). *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8, 137-144. doi:10.1007/s11757-014-0260-9.

- Grubin, D. (1998) *Sex offending against children: Understanding the risk* (Police Research Series). London: Home Office.
- Göbbels, S., Ward, T. & Willis, G. M. (2013). Die Rehabilitation von Straftätern. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(2), 122-132. doi:10.1007/s11757-013-0210-y.
- Hahn, G. (2007). Anmerkungen zur Reform der Führungsaufsicht aus Sicht des Maßregelvollzugs. *Neue Kriminalpolitik*, 19(1), 7-10. doi:10.5771/0934-9200-2007-1-7.
- Hanson, R. K. (1997). *The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism (User report, Solicitor General Canada: Vol. 4)*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865-891. doi:10.1177/0093854809338545.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L. & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 169-194. doi:10.1023/A:1014624315814.
- *Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T.-L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offender on community supervision: The Dynamic Supervision Project*. Corrections Research User Report 2007-05. Ottawa: Public Safety Canada.
- Hanson, R. K. & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, 24(1), 119-136. doi:10.1023/A:1005482921333.
- Hanstein, W. (1999). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Sexualstraftäter. In G. Deegener (Hrsg.), *Sexuelle und körperliche Gewalt. Therapie jugendlicher und erwachsener Täter* (S. 222-279). Weinheim: Beltz-Verlag.
- *Hare, R. D. (2003). *Manual for the Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi Health Systems.
- *Harris, G. T., Rice, M. E. & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical

- prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20(4), 315-335. doi:10.1177/0093854893020004001.
- Kalbe, W. (2014). Der gewalttätige Patient: Ambulante KVT mit Gewalttätern. In H. H. Stavemann (Hrsg.), *KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Integrative KVT* (3. Aufl., S. 385-398). Weinheim: Beltz-Verlag.
- Keßler, A. & Rettenberger, M. (2017). Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung von Sexualstraftätern nach Entlassung aus dem Strafvollzug. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46(1), 42-52. doi:10.1026/1616-3443/a000401.
- Kim, B., Benekos, P. J. & Merlo, A. V. (2016). Sex offender recidivism revisited: Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(1), 105-117. doi:10.1177/1524838014566719.
- Kiresuk T. J. & Sherman R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453. doi:10.1007/BF01530764.
- Klemm, T. (2011). *Selbstkontrolle: Voraussetzungen für Autonomie und Respekt, Band 1: Grundstufe – Sensibilisierung und soziale Kompetenz* (1., ungek. Ausg.). Leipzig: Leipziger Literaturverlag.
- Klemm, T. (2013). *Selbstkontrolle: Band 2: Therapiemanual zur Aufbaustufe – Lebensplanung, Alltagsbewältigung, Familientraditionen, Sexualität und Beziehungsgestaltung im sozialen Umfeld* (1., ungek. Ausg.). Leipzig: Leipziger Literaturverlag.
- Klemm, T. & Riedel, S. (2016). 2016 ISONA Evaluation: "Wirkt therapeutische Nachsorge langfristig?". Unveröffentlichtes Dokument.
- Kliesch, O. (2017). Die Hessische Fachambulanz (HeFA). Forensische Ambulanz unter Integration gemeindenaher Versorgung: das Beste aus zwei Welten? *Bewährungshilfe*, 64(2), 118-130.
- Krupinski, M. (2011). „Justizambulanzen“ braucht das Land! In N. Nedopil (Hrsg.), *Die Psychiatrie und das Recht - Abgrenzung und Brückenschlag. Jubiläumsschrift zum vierzigjährigen Bestehen der Abteilung für Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Klinik der Universität München* (S. 283-297). Lengerich: Pabst Science Publishers.

- *Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar (PSSI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lau, S. (2003). Wirkt ambulante Kriminaltherapie? Literaturübersicht zur Effektivität gemeindenaher rückfallpräventiver Maßnahmen bei Straftätern und psychisch kranken Rechtsbrechern. *Psychiatrische Praxis*, 30, 119-126. doi:10.1055/s-2003-38603.
- *Lehrl, S., Merz, J., Burkhard, G. & Fischer, S. (1999). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)*. Göttingen: Hogrefe.
- Leichauer, K., Streb, J. & Dudeck, M. (2016). *Bericht zu Projektteil B der Begleituntersuchung der Psychotherapeutischen Fachambulanz für Sexualstraftäter in Nürnberg*. Unveröffentlichtes Dokument.
- Marshall, W. L., Anderson, D., Fernandez, Y., Eccles, A. & Mulloy, R. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Wiley Series in Forensic Clinical Psychology. New York: John Wiley & Sons.
- Marshall, L. E., Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Malcolm, P. B. & Moulden, H. M. (2008). The Rockwood Preparatory Program for sexual offenders: Description and preliminary appraisal. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(1), 25-42. doi:10.1177/1079063208314818.
- *Marshall, L. E. & Marshall, W. L. (2009). The Therapist Rating Scale-2. Unpublished Manuscript.
- Merrington, S., & Stanley, S. (2004). "What Works?": Revisiting the evidence in England and Wales. *Probation Journal*, 51(1), 7-20. doi:10.1177/0264550504042445.
- Mews, A., Di Bella, L. & Purver, M. (2017). *Impact evaluation of the prison-based Core Sex Offender Treatment Programme* (Ministry of Justice Analytical Series). London. Verfügbar unter https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/623876/sotp-report-web-.pdf.
- Nedopil, N. & Tippelt, S. (2013). *Endbericht zur Begleituntersuchung der Therapeutischen Fachambulanz der Justiz in Potsdam*. Unveröffentlichtes Dokument.
- Nedopil, N., Tippelt, S. & Stübner, S. (2012). *Endbericht zu Projektteil A der Begleituntersuchung der psychotherapeutischen Fachambulanz für Sexualstraftäter in Nürnberg*. Unveröffentlichtes Dokument.

- Nedopil, N. & Tippelt, S. (2014). *Bericht zu Projektteil B der Begleituntersuchung der psychotherapeutischen Fachambulanz für Sexualstraftäter in München*. Unveröffentlichtes Dokument.
- Nedopil, N., Tippelt, S. & Stübner, S. (2011). *Endbericht zu Projektteil A der Begleituntersuchung der psychotherapeutischen Fachambulanz für Sexualstraftäter in München*. Unveröffentlichtes Dokument.
- Nedopil, N., Tippelt, S. & Stübner, S. (2013). *Endbericht zu Projektteil A der Begleituntersuchung der psychotherapeutischen Fachambulanz für Sexualstraftäter in Würzburg*. Unveröffentlichtes Dokument.
- Niemz, S. & Braunisch, S. (2017). Ambulante Kriminaltherapie im Flächenland Brandenburg. *Bewährungshilfe*, 64(2), 131-145.
- Nuhn-Naber, C. (2002). Behandlung von Sexualstraftätern mit kognitiv-behavioralen Methoden: Möglichkeiten und Grenzen. *Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 85(4), 271-281.
- Pecher W. & Stark A. (2012). Die therapeutische Beziehung bei der Behandlung von Straftätern. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogaart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug* (S. 377-397). Freiburg: Centaurus.
- Pitzing, H. J. (2003). Ambulante Psychotherapie von Sexualstraftätern ist ein Beitrag zur Prävention und zum Opferschutz. In H.-J. Kerner & E. Marks (Hrsg.), *Internetdokumentation Deutscher Präventionstag*. Hannover.
- *Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- *Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. & Cormier, C. A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk* (2. Aufl.). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Quinsey, V. L., Lalumière, M. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Predicting sexual offenses. In J. Campbell (Hrsg.), *Assessing dangerousness: Violence by sex offenders, batterers, and child molesters* (S. 114-137). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Rettenberger, M. (2016). Vom Krisenthema zum kriminologischen Erfolgsmodell? – Aktuelle empirische Erkenntnisse zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. In F. Neubacher & N. Bögelein (Hrsg.), *Krise – Kriminalität – Kriminologie. Neue Kriminologische Schriftenreihe der Kriminologischen Gesellschaft e. V. Band 116* (S. 589-600). München: gladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Rettenberger, M. & Eher, R. (2006). Die deutsche Übersetzung und Adaptation des Static-99 zur aktuarischen Kriminalprognose verurteilter Sexualstraftäter: Erste Validierungsdaten. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 89(5), 352-365.
- Ross, R. R. & Fabiano, E. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Arts.
- Salekin, R. T., Rogers, R. & Sewell, K. W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 203-215. doi:10.1111/j.1468-2850.1996.tb00071.x.
- Schmucker, M. (2004). *Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung. Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug: Vol. 22*. Herbolzheim: Centaurus.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11(4), 597-630. doi:10.1007/s11292-015-9241-z.
- Schneider, U. (2007). Die Reform der Führungsaufsicht. *Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ)*, 441-447.
- Schorsch, E. & Pfäfflin, F. (1994). Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung* (S. 323-368). Stuttgart: Fischer.
- Smith, P., Gendreau, P. & Swartz, K. (2009). Validating the principles of effective intervention: A systematic review of the contributions of meta-analysis in the field of corrections. *Victims and Offenders*, 4(2), 148-169. doi:10.1080/15564880802612581.

- Statistisches Bundesamt (2013). *Pressemitteilung Zahl der Woche vom 21.05.2013 - 57 600 Strafgefangene in Deutschland*. Destatis, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Zugriff am 15.12.2017. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2013/PD13_021_p002.html.
- Statistisches Bundesamt (2014). *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*. Destatis, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Zugriff am 27.09.2017. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahrte5243201139004.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (2017). *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*. Destatis, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Zugriff am 27.09.2017. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/BestandGefangeneVerwahrtePDF_5243201.pdf;jsessionid=D6CB E0F85CE4E435D29E3E3CE264E0DC.cae1?__blob=publicationFile.
- Tong, L. S. J. & Farrington, D. P. (2008). Effectiveness of Reasoning and Rehabilitation in reducing reoffending. *Psicothema*, 20(1), 20-28.
- von Franqué, F. & Briken, P. (2013). Das „Good Lives Model“ (GLM). *Forenscische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(1), 22-27. doi:10.1007/s11757-012-0196-x.
- Wagner, A. S. (2016). *Psychotherapie im Strafvollzug. Eine Evaluation der Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen für Gewalt-, Sexual- und junge Straftäter in baden-württembergischen Justizvollzugsanstalten*. Unveröffentlichte Dissertationsschrift.
- Walton, J. S. & Chou, S. (2015). The effectiveness of psychological treatment for reducing recidivism in child molesters: A systematic review of randomized and nonrandomized studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 401-417. doi:10.1177/1524838014537905

- Ward, T. & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive Good Lives Model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 77-94. doi:10.1016/j.avb.2005.06.001
- *Webster, C., Douglas, K., Eaves, D. & Hart, S. (1997). *HCR-20: Assessing the risk of violence, Version 2*. Burnaby, BC, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Weltgesundheitsorganisation (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 2. Auflage, Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber.
- *Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID-I und SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Hogrefe, Göttingen.
- Wischka, B. (2013). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS-R): Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. *Recht & Psychiatrie*, 31, 138-145.
- Wischka, B., Foppe, E., Griepenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2002). *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)*. Lingen: Selbstverlag.
- *Wong, S. & Gordon, A. (1999). *Manual for the Violence Risk Scale*. Saskatchewan, Canada: Department of Psychology, University of Saskatchewan.
- *Wong, S., Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P. & Gordon, A. (2003). *The Violence Risk Scale: Sexual Offender Version (VRS-SO)*. Saskatchewan, Canada: Regional Psychiatric Centre and University of Saskatchewan, Saskatoon.
- Zisterer-Schick, M. (2011). Die Psychotherapeutische Ambulanz der Justiz in Ludwigshafen (PAJu). *Praxis der Rechtspsychologie*, 21(1), 77-92.

*Literatur wurde im Rahmen der Erhebung von den Einrichtungen angegeben.

Anhang – Fragebogen der vorliegenden Untersuchung



Herzlich
willkommen!

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen Fragebogen zur Erhebung der **Nach-
sorgeeinrichtungen für StraftäterInnen** in Deutschland.

Um die unterschiedlichen Organisationsformen von Nachsorge und Therapie
zu erfassen, insbesondere **für entlassene SexualstraftäterInnen**, bitten wir
Sie um Ihre Unterstützung.

Die Bearbeitung des Fragebogens sollte bitte **bis zum 15.02.2017** erfolgen.

Teilnahmevoraussetzungen:

- Ein Anteil Ihrer KlientInnen sollte nach **Entlassung der Justizvollzugs-
anstalt oder mit
Bewährung** zu Ihnen kommen (nicht ausschließlich Maßregelvollzug).
- Ein Anteil Ihrer KlientInnen sollte aufgrund einer begangenen
Sexualstraftat zu Ihnen kommen.

Insgesamt beinhaltet der Fragebogen **etwa 60 Fragen**. Am unteren Bildschirm-
rand können Sie nachverfolgen, wie weit Sie bei der Bearbeitung des gesamten
Fragebogens fortgeschritten sind.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Mit herzlichen Grüßen.

Priscilla Gregório Hertz, M.Sc.Psych.

PD. Dr. Martin Rettenberger

Kriminologische Zentralstelle
Viktoriastr. 35
65189 Wiesbaden
Telefon: (0611) 15758-22 (Frau Priscilla
Gregório Hertz) Telefon: (0611) 15758-0
(Sekretariat)
Fax: (0611) 15758-10
E-Mail: p.ghertz@krimz.de

Allgemeine Hinweise:

Bei diesem Online-Fragebogen besteht die Möglichkeit **zur Unterbrechung, ohne bereits angegebenen Daten zu verlieren** (Button links unten). Das Ausfüllen wird damit zunächst beendet und Sie können Ihre Bearbeitung über den Link, den Sie via Mail erhalten haben, zu einem späteren Zeitpunkt an derselben Stelle fortsetzen.

Falls Sie bei der Bearbeitung des Fragebogens zurückblättern möchten, können Sie dazu jederzeit den **ZURÜCK-Button** verwenden (Button ebenfalls links unten).

Die Fragen dieses Fragebogens sind in die folgenden Themenbereiche unterteilt:

- Allgemeine Informationen
- Merkmale der Klientel
- Diagnostik
- Behandlung
- Evaluation
- Finanzierung
- Personal und Organisation

Beziehen Sie sich bitte auf das gesamte **Jahr 2016**.

Erläuterungen und Hinweise zur Beantwortung finden Sie in *kursiver Schrift* hervorgehoben bei der jeweiligen Fragestellung.

1. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?**2. Wann wurde Ihre Einrichtung gegründet?**

(Format: JJJJ)

Jahr: **3. Wer ist Träger der Institution?**

(Mehrfachnennungen möglich)

*Im Falle eines eingetragenen Vereins bitte den Bereich differenzierter angeben:**- zu justiznahen Vereinen zählen z. B. Bewährungshilfe e.V.**- zu sozialen Vereinen z. B. pro familia e.V.**- Öffentlich-rechtliche Unternehmen sind z. B. Unikliniken**- privatwirtschaftliche Unternehmen sind z. B. Asklepios-Kliniken*☐ Justizministerium☐ Gesundheits-/Sozialministerium☐ Justiznaher Verein☐ Kirchlicher Verein☐ Sozialer Verein☐ Öffentlich-rechtliche Unternehmen☐ Privatwirtschaftliche Unternehmen☐ Andere: **4. Ist Ihre Einrichtung institutionell an eine der folgenden Anstaltsformen angebunden?**☐ Justizvollzugsanstalt☐ Maßregelvollzugsanstalt☐ Andere, und zwar: ☐ Keine Anbindung

5. Ist Ihre Einrichtung auf eine bestimmte Klientel spezialisiert?

Spezialisierung = Das Betreuungsangebot richtet sich ausschließlich oder überwiegend an eine oder mehrere bestimmte Zielgruppe(n) (z. B. Männer, Jugendliche oder SexualstraftäterInnen)

Falls zutreffend, spezifizieren Sie diese Gruppe(n) bitte.

- ☐ Nein, keine derartige Spezialisierung.
- ☐ Ja, die Einrichtung ist auf folgende Zielgruppe(n) spezialisiert:

6. Für welche Klientel ist Ihre Einrichtung zuständig?

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Entlassene aus der JVA (nach Vollverbüßung oder vorzeitiger Entlassung gemäß § 57 StGB)
- ☐ Noch in der JVA
- ☐ Primäre Bewährung gemäß § 56 StGB
- ☐ Ehemalige Sicherungsverwahrten gemäß § 66 StGB
- ☐ Ehemalige § 63 StGB (in Verbindung mit § 67b StGB)
- ☐ Ehemalige § 64 StGB (in Verbindung mit § 67b StGB)
- ☐ Noch in der Unterbringung (§§ 63, 64, 66 StGB)
- ☐ Freiwillige mit krimineller Vorgeschichte
- ☐ Freiwillige ohne kriminelle Vorgeschichte
- ☐ Andere, und zwar:

Anmerkung:

- § 64 StGB: Hierunter fallen nur diejenigen, die direkt aus dem § 64-MRV entlassen wurden.
- § 63 StGB: Hierunter fallen auch KlientInnen mit Erledigungen.

Die KlientInnen, die durch Ihre Einrichtung betreut werden, entsprechen nicht dem Profil, auf das unsere Erhebung zugeschnitten ist. Aus diesem Grund ist die

Befragung an dieser Stelle
für Sie zu Ende.

**Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme
und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Ver-
fügung**

7. **Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl der KlientInnen an, die 2016 aus den folgenden Gründen mit Ihrer Einrichtung in Kontakt standen bzw. Kontaktaufnahmen.**

Bitte alle Formen von Kontakt angeben, d.h., der indirekte Klientenkontakt sollte ebenfalls erfasst werden (z. B. durch die Zustellung von Gerichtsakten).

Sollte der jeweilige Grund auf keine(n) Ihrer KlientInnen zutreffen, tragen sie bitte eine 0 ein.

Entlassene aus der JVA (nach Vollverbüßung oder vorzeitiger Entlassung gemäß § 57 StGB):

Noch in der JVA:

Primäre Bewährung gemäß § 56 StGB:

Ehemalige Sicherungsverwahrte gemäß § 66 StGB:

Ehemalige § 63 StGB (in Verbindung mit § 67b StGB):

Ehemalige § 64 StGB (in Verbindung mit § 67b StGB):

Noch in der Unterbringung (§§ 63, 64, 66 StGB):

Freiwillige mit krimineller Vorgeschichte:

Freiwillige ohne kriminelle Vorgeschichte:

Andere:

Anmerkung:

- § 64 StGB: Hierunter fallen nur diejenigen, die direkt aus dem § 64-MRV entlassen wurden.
- § 63 StGB: Hierunter fallen auch KlientInnen mit Erledigungen

8. **Wie viele Justiz-KlientInnen, die 2016 mindestens einen Face-to-Face-Kontakt hatten, waren Frauen bzw. Männer?**

Bitte alle Justiz-KlientInnen berücksichtigen, die mindestens einen Face-to-Face-Kontakt hatten (dazu zählen auch: KlientInnen bereits in Behandlung und Vorstellungsgespräche in der Haft).

Die Summe der Klientenanzahl „Frauen“ und „Männer“ darf höchstens so hoch wie die Gesamtanzahl der Justiz-KlientInnen (in Ihrem Fall $\Rightarrow$ Justiz) sein. Sie kann aber auch niedriger sein, da Kontakt durch andere Wege, z. B. telefonisch oder per E-Mail, aufgenommen werden kann.

Gesamtanzahl: Frauen

Gesamtanzahl: Männer

Wie werden die o.g. Justiz-KlientInnen mit mindestens einem Face-to-Face-Kontakt (=Summe Frauen+Männer) in folgende Altersklassen eingeteilt?

Die Summe Ihrer Angaben sollte der Summe der oben angegebenen Anzahl an Frauen und Männern entsprechen.

<26	
26 ≤ 35	
36 ≤ 45	
46 ≤ 55	
56 ≤ 65	
>65	

9. **Wie viele Justiz-KlientInnen hatten den ersten Face-to-Face-Kontakt im Jahr 2016?**

Gemeint sind alle KlientInnen, die 2016 den ersten Face-to-Face-Kontakt hatten (auch Vorstellungsgespräche in der Haft).

Gesamtanzahl: KlientInnen

Bei wie vielen der o.g. KlientInnen mit erstem Face-to-Face-Kontakt 2016 folgte nach dem Erstkontakt tatsächlich eine Behandlung/Betreuung?

Gemeint sind alle KlientInnen mit weiterführenden Face-to-Face-Kontakte, d.h., es wird bei dieser Frage nicht zwischen Behandlung und Herstellung von Behandlungsfähigkeit/Probatorik unterschieden. Unterschiedliche Gründe für Beendigung werden zu einem späteren Zeitpunkt in dieser Befragung erfasst.

Die Gesamtanzahl der KlientInnen, die 2016 in Behandlung aufgenommen wurden, darf nicht die der oben angegeben ersten Face-to-Face-Kontakte im Jahr 2016 überschreiten.

Gesamtanzahl: KlientInnen wurden 2016 in Behandlung aufgenommen

10. Wieviele Justiz-KlientInnen befanden sich 2016 tatsächlich insgesamt in therapeutischer Behandlung in Ihrer Einrichtung?

Gemeint sind alle KlientInnen mit weiterführenden Face-to-Face-Kontakten, d.h., es wird bei dieser Frage nicht zwischen Behandlung und Herstellung von Behandlungsfähigkeit/Probatorik unterschieden. Unterschiedliche Gründe für Beendigung werden zu einem späteren Zeitpunkt in dieser Befragung erfasst. Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch KlientInnen mit Behandlungsbeginn vor 2016.

Gesamtanzahl: KlientInnen

11. Einteilung der Justiz-KlientInnen nach Straftätergruppen

Sie haben insgesamt $\Rightarrow$ ein Face-to-Face $\Leftarrow$ Justiz-KlientInnen mit mind. einem Face-to-Face-Kontakt angegeben (Frauen+Männer).

Bitte das Indexdelikt angeben, welches ausschlaggebend für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Einrichtung war. Wählen Sie dementsprechend aus dem dazugehörigen Urteil das Hauptdelikt aus (laut Urteil).

Entscheiden Sie sich pro KlientIn bitte für eine der vorgegebenen Kategorien. Beziehen Sie sich bitte auch hier wieder ausschließlich auf das Jahr 2016.

Es sind keine Mehrfachantworten pro KlientIn möglich!

Sollte der jeweilige Grund auf keine(n) Ihrer KlientInnen zutreffen, tragen sie bitte eine 0 ein.

Anzahl an SexualstraftäterInnen:

Anzahl an GewalttäterInnen:

Anzahl sonstiger TäterInnen:

Sexualstraftaten: Schwerer sex. Missbrauch; sex. Missbrauch mit Todesfolge (§ 176a+b StGB) / Sex. Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB) / Sex. Missbrauch Jugendl.; Schutzbefohlener; Widerstandsunfähiger (§§ 174, 179, 182 StGB) / Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung mit Todesfolge (§ 178 StGB) / Vergewaltigung; sex. Nötigung (§ 177 StGB) / Exhibitionistische Handlungen; Erregung öffentl. Ärgernisses (§ 183 StGB) / Kinderpornographie (§ 184 StGB)

Gewaltstraftaten: Mord (§ 211 StGB) / Totschlag; KV mit Todesfolge (§§ 212, 213, 227 StGB) / Schwere KV (§ 226 StGB) / Sonstige KV (§§ 222-225, 229 StGB) / Raub mit Todesfolge (§ 251 StGB) / Schwerer Raub (§ 250 StGB) / sonstiger Raub; Erpressung (§§ 249, 252-255 StGB) / Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) / Nachstellung; Nötigung; Bedrohung (§§ 238, 240, 241 StGB) / Diebstahl mit Waffen/ Bandendiebstahl (§ 244 StGB) / Brandstiftung (§ 306 StGB)

Sonstige Straftaten: Sonstige Eigentumsdelikte (§§ 242-243, 246-248 StGB) / Betrug; Untreue (§§ 263-266 StGB) / Verstöße gegen BtMG / Verstöße gegen WaffG

12. Indexdelikt (inkl. Versuch) der Justiz-KlientInnen:

Pro KlientIn bitte nur ein Delikt (das schwerwiegendste) angeben!

Bitte das Indexdelikt angeben, welches ausschlaggebend für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Einrichtung war. Wählen Sie dementsprechend aus dem dazugehörigen Urteil das Hauptdelikt aus (laut Urteil).

Es sind keine Mehrfachantworten pro KlientIn möglich! Entscheiden Sie sich pro KlientIn bitte für eine der vorgegebenen Kategorien. Sollte kein Hauptdelikt aus dem Urteil ersichtlich sein, tragen Sie bitte das schwerwiegendste Delikt (am Strafmaß bemessen) ein.

Sie haben insgesamt 3 Sexual- SexualstraftäterInnen angegeben. Bitte ordnen Sie diese den folgenden Kategorien zu. Beziehen Sie sich bitte auch hier wieder ausschließlich auf das Jahr 2016.

Schwerer sex. Missbrauch; sex. Missbrauch mit Todesfolge (§ 176a+b StGB):

Sex. Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB):

Sex. Missbrauch Jugendl.; Schutzbefohlener; Widerstandsunfähiger (§§ 174, 179, 182 StGB):

Sexuelle Nötigung/ Vergewaltigung mit Todesfolge (§ 178 StGB):

Vergewaltigung; sex. Nötigung (§ 177 StGB):

Exhibitionismus; Erregung öffentl. Ärgernisses (§ 183 StGB):

Kinderpornographie (§ 184 StGB):

Falls Indexdelikte Ihrer KlientInnen oben nicht aufgelistet sind, zählen Sie diese bitte im folgenden Textfeld (inkl. der Anzahl der betreffenden KlientInnen) auf:

13. **Wieviele der $\Rightarrow$ Sexual $\Leftarrow$ SexualstraftäterInnen wurden vor dem Indexdelikt bereits wegen einer der folgenden Straftaten verurteilt?**
(Mehrfachnennungen möglich, weil auf eine/n KlientIn beides zutreffen kann)

Verurteilung aufgrund einer Sexualstraftat: KlientInnen

Verurteilung aufgrund einer Gewaltstraftat: KlientInnen

14. **Indexdelikt (inkl. Versuch) der Justiz-KlientInnen:**

Pro KlientIn bitte nur ein Delikt (das schwerwiegendste) angeben!

Bitte das Indexdelikt angeben, welches ausschlaggebend für die Kontaktaufnahme mit Ihrer Einrichtung war. Wählen Sie dementsprechend aus dem dazugehörigen Urteil das Hauptdelikt aus (laut Urteil).

Es sind keine Mehrfachantworten pro KlientIn möglich! Entscheiden Sie sich pro KlientIn bitte für eine der vorgegebenen Kategorien. Sollte kein Hauptdelikt aus dem Urteil ersichtlich sein, tragen Sie bitte das schwerwiegendste Delikt (am Strafmaß bemessen) ein.

Sie haben insgesamt $\Rightarrow$ Gewalt $\Leftarrow$ GewaltstraftäterInnen angegeben. Bitte ordnen Sie diese den folgenden Kategorien zu. Beziehen Sie sich bitte auch hier wieder ausschließlich auf das Jahr 2016.

Mord (§ 211 StGB):

Totschlag; Körperverletzung mit Todesfolge (§§ 212, 213, 227 StGB):

Schwere Körperverletzung (§ 226 StGB):

Sonstige Körperverletzung (§§ 222-225, 229 StGB):

Raub mit Todesfolge (§ 251 StGB):

Schwerer Raub (§ 250 StGB):

Sonstiger Raub; Erpressung (§§ 249, 252-255 StGB):

Freiheitsberaubung (§ 239 StGB):

Nachstellung; Nötigung; Bedrohung (§§ 238, 240, 241 StGB):

Diebstahl mit Waffen/ Bandendiebstahl (§ 244 StGB):

Brandstiftung (§ 306 StGB):

Falls Indexdelikte Ihrer KlientInnen oben nicht aufgelistet sind, zählen Sie diese bitte im folgenden Textfeld (inkl. der Anzahl der betreffenden KlientInnen) auf:

15. **Wie viele der $\Rightarrow$ Gewalt $\Leftarrow$ GewaltstraftäterInnen wurden vor dem Indexdelikt bereits wegen einer der folgenden Straftaten verurteilt?**

(Mehrfachnennungen möglich, weil auf eine/n KlientIn *beides* zutreffen kann)

Verurteilung aufgrund einer Gewaltstraftat: KlientInnen

Verurteilt aufgrund einer Sexualstraftat: KlientInnen

16. **Wie viele der $\Rightarrow$ inTherapie $\Leftarrow$ sich in Behandlung befindlichen Justiz KlientInnen wurden im Strafvollzug aufgrund des Indexdelikts behandelt?**

Hier zählen keine Behandlungen während Vorinhaftierungen aufgrund anderer Delikte, sondern nur Behandlungen in der JVA aufgrund des Indexdelikts (i.d.R. die letzte Haftzeit).

Sollte ein/e KlientIn mit § 66 StGB vorübergehend im MRV gewesen sein, bitte unter a) Sozialtherapeutische Abteilung einordnen.

(Keine Mehrfachnennung möglich)

Wenn beides vorhanden, dann zählt nur die sozialtherapeutische Behandlung.

Strafvollzug: KlientInnen

Sozialtherapeutische Abteilung/Anstalt: KlientInnen

(vorübergehende) Behandlung im Maßregelvollzug: KlientInnen

Behandlung bei einer/einem externen TherapeutIn: KlientInnen

Keine therapeutische Vorbehandlung: KlientInnen

17. **Wieviele der $\Rightarrow$ inTherapie $\Leftarrow$ sich in Behandlung befindlichen Justiz-KlientInnen weisen lebenszeitlich psychotherapeutische/psychiatrische Vorerfahrung auf?**

Gemeint ist damit jegliche therapeutische Erfahrung, die außerhalb des strafrechtlichen Kontextes stattfand.

KlientInnen

18. **Wie oft kamen 2016 folgende psychiatrische Diagnosen vor?**

*Anmerkung: Mehrere Diagnosen pro KlientIn möglich (F-Diagnosen nach ICD-10)
Bitte alle $\Rightarrow$ inTherapie $\Leftarrow$ sich 2016 in Behandlung befindlichen KlientInnen berücksichtigen.*

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen:

F30-F39 Affektive Störungen:

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen:

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren:

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen:

F70-F79 Intelligenzstörungen:

F80-F89 Entwicklungsstörungen:

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend:

19. **Wie oft kamen 2016 folgende Störungen der Sexualpräferenz vor?**

Anmerkung: Mehrere Diagnosen pro KlientIn möglich (F-Diagnosen nach ICD-10)

Bitte alle $\Rightarrow$ inTherapie $\Leftarrow$ sich 2016 in Behandlung befindlichen KlientInnen berücksichtigen.

F65.0 Fetischismus:

F65.1 Fetischistischer Transvestitismus:

F65.2 Exhibitionismus:

F65.3 Voyeurismus:

F65.4 Pädophilie:

F65.5 Sadomasochismus:

- F65.6 Multiple Störungen der Sexualpräferenz:
- F65.8 Sonstige Störungen der Sexualpräferenz:
- F65.9 Nicht näher bezeichnete Störung der Sexualpräferenz:

20. Wie war die rechtliche Situation der Justiz-KlientInnen im Jahr 2016?

(Mehrfachnennung möglich)

Bitte alle $\Rightarrow$ in Therapie $\Leftarrow$ sich in Behandlung befindlichen Justiz-KlientInnen berücksichtigen. Mehrfachzählungen sind möglich, da sich im Verlauf des Jahres Änderungen ergeben haben können.

- Vorzeitige Entlassung (Bewährung):
- Primäre Bewährung:
- Führungsaufsicht nur mit Vorstellungsweisung:
- Führungsaufsicht mit Therapie- und Vorstellungsweisung:
- Führungsaufsicht nur mit Therapieweisung:
- In der JVA:
- In der Sicherungsverwahrung:

Andere, und zwar (bitte rechtliche Situation und Anzahl der KlientInnen angeben

--	--	--

21. Wie viele Justiz-KlientInnen haben folgende gerichtliche Auflagen/Weisungen?

(Mehrfachnennungen möglich)

Bitte zählen Sie alle der $\Rightarrow$ in Therapie $\Leftarrow$ sich in Behandlung befindlichen Justiz-KlientInnen, bei denen folgende Auflagen/Weisungen bekannt sind.

- Länderspezifische Polizeimaßnahme (z. B. KURS HEADS) ☐ keine Angaben
- EAÜ (Elektronische Aufenthaltsüberwachung) ☐ keine Angaben

22. Wie viele der $\Rightarrow$ inTherapie $\Leftarrow$ sich 2016 in Behandlung befindlichen Justiz-KlientInnen haben offiziell gegen Bewährungsaufgaben verstoßen?

„Offiziell“ bedeutet, dass die Bewährungshilfe/Justiz über den Verstoß informiert wurden.

KlientInnen

23. Wurde bei den Justiz-KlientInnen bzw. einzelnen Deliktgruppen eine standardisierte

Eingangsdiagnostik durchgeführt?

Gemeint ist die Anwendung psychodiagnostischer Instrumente, d.h., Fragebögen und Tests, die zur Erfassung klinischer (nicht kriminalprognostischer) Merkmale dienen.

[Bitte auswählen]

24. Wurden bei den Justiz-KlientInnen bzw. einzelnen Deliktgruppen kriminalprognostische Instrumente eingesetzt?

Mit kriminalprognostischen Instrumenten sind u. a. folgende Verfahren gemeint: Static-99 oder -2002, SVR-20, Stable-2000 oder -2007, Acute-2007, HCR-20, PCL-R oder -SV, LSI-R, Dittmannliste, SAPROF, ILRV oder VRAG usw..

[Bitte auswählen]

25. Wurde bei den Justiz-KlientInnen eine standardisierte Verlaufsdagnostik durchgeführt?

Es geht um Instrumente, die zur Überprüfung des Therapieplans genutzt werden, z. B. Goal- Attainment-Scale, Therapiebeurteilungsskala, Global-Assessment-of-Functioning-Scale, dynamische Prognoseinstrumente z. B. Stable-2007 oder selbstentwickelte Verfahren. Nicht gemeint sind freie Notizen nach der Stunde o.ä.

[Bitte auswählen]

26. Wurde bei den Justiz-KlientInnen eine standardisierte Abschlussdiagnostik durchgeführt?

Gemeint ist die routinemäßige Erstellung von abschließenden Beurteilungen bei jedem/jeder Klienten/Klientin.

Mit „Instrumenten“ sind Fragebögen und Tests zur Erfassung klinischer Merkmale sowie kriminalprognostische Instrumente gemeint.

- ☐ Ja, routinemäßig bei klinischen Abschlussberichten. Folgende Instrumente wurden eingesetzt:

- ☐ Ja, routinemäßig bei Stellungnahmen an die Justiz. Folgende Instrumente wurden eingesetzt:

- ☐ Nein, nur anlassbezogen bei klinischen Abschlussberichten.
- ☐ Nein, nur anlassbezogen bei Stellungnahmen an die Justiz.
- ☐ Es wurde keine Abschlussdiagnostik durchgeführt.

27. Wie hoch ist die maximale Behandlungskapazität Ihrer Einrichtung?

Wenn keine genaue Angabe möglich, geben Sie bitte eine Schätzung ab.

Insgesamt können ca. KlientInnen zeitgleich behandelt werden.

28. Welchen Anteil nehmen die folgenden Therapieansätze an der gesamten therapeutischen Arbeit in etwa ein?

Bitte geben Sie eine ungefähre Schätzung ab.

Bitte achten Sie darauf, dass Ihre Angaben in der Summe 100 % ergeben sollten. Der Schieberegler muss auch dann bewegt werden, wenn die jeweilige Antwort 0 % ist.

Kognitiv-behaviorale Therapie:

Psychoanalyse/tiefenpsychologische bzw. psychodynamische Therapie:

Systemische (Familien)-Therapie:

Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie:

Andere:

29. Arbeitet Ihre Einrichtung gemäß eines bestimmten Rehabilitationsmodells?

(Mehrfachangaben möglich)

Bitte geben Sie ggf. an, welches Modell bei Ihnen zum Einsatz kommt.

☐ Risk-Need-Responsivity-Modell (RNR)

☐ Good-Lives-Modell (GLM)

☐ Anderes:

☐ **Anderes:**

☐ **Anderes:**

☐ Nicht zutreffend

30. Wie groß ist der Anteil der Justiz-KlientInnen, die an folgenden Behandlungsangeboten teilnehmen?

Mehrfachnennungen möglich, da eine Person an mehreren Behandlungsangeboten teilnehmen kann. Deshalb können Ihre Angaben in der Summe mehr als 100 % ergeben.

0 % = An dieser Behandlung nimmt kein/e KlientIn teil.

100 % = An dieser Behandlung nehmen alle KlientInnen teil.

Der Schieberegler muss auch dann bewegt werden, wenn die jeweilige Antwort 0 % ist.

Einzeltherapie:

Fall- bzw. Risikomanagement:

Angehörigenarbeit / Paargespräche:

Pharmakotherapie:

Sexualstraftätergruppe (BPS, SOTP, etc.):

Gewaltstraftätergruppe (AGT, AAT, BiG, BPG, etc.):

Themenoffene Gesprächsgruppe:

Suchtgruppe:

Klinische Gruppenangebote (SKT, Entspannung, DBT-Skilltraining, etc.):

Einzeltherapie beinhaltet auch Fall-/Risikomanagement, geht aber darüber hinaus.

Sexual- bzw. Gewaltstraftätergruppen befassen sich mit Inhalten, welche speziell für delinquente Personen entwickelt wurden und die kriminelle Denk- und Verhaltensmuster adressieren (delinquenzorientierte Therapie).

Themenoffene Gesprächsgruppen sind ohne vorgegebene spezifische Inhalte; Gesprächsinhalte entstehen je nach Gruppenzusammenstellung und Bedarf.

Klinische Gruppenangebote beziehen sich auf Maßnahmen, die auch von nicht-delinquenten Personen in Anspruch genommen werden könnten (i.d.R. Methoden, die sich auf klinische Störungsbilder beziehen).

31. Wie viele SexualstratäterInnen wurden 2016 mit den folgenden Medikamenten behandelt?

(Mehrfachnennung pro KlientIn möglich)

SSRIs:		KlientInnen	☐ Nicht einschätzbar
Neuroleptika:		KlientInnen	☐ Nicht einschätzbar
Cyproteronacetat (CPA):		KlientInnen	☐ Nicht einschätzbar
GnRH/LHRH-Agonisten:		KlientInnen	☐ Nicht einschätzbar
SSRI und CPA:		KlientInnen	☐ Nicht einschätzbar
GnRH/LHRH-Agonisten und SSRI:		KlientInnen	☐ Nicht einschätzbar
GnRH/LHRH-Agonisten und CPA:		KlientInnen	☐ Nicht einschätzbar
Andere Kombination:		KlientInnen	☐ Nicht einschätzbar

32. **Arbeitet Ihre Einrichtung gemäß eines evaluierten Behandlungskonzepts?**

Gemeint sind Behandlungskonzepte, für die empirische Wirksamkeitsnachweise vorliegen, z. B. Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) oder auch selbst konzipierte Behandlungen, deren Wirksamkeit bereits empirisch überprüft wurde.

Ja. Spezifizieren Sie bitte, welches/welche Behandlungskonzept/e angewandt wird/werden:

☐

☐ Nein.

33. Wurde Ihre Einrichtung bereits evaluiert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein.
- ☐ Nicht zutreffend.

34. Wann wurde bzw. wird die (aktuelle) Evaluation abgeschlossen?

Sollte keine Evaluation durchgeführt worden sein, antworten Sie bitte mit „nicht zutreffend“.

- ☐ Evaluation bereits abgeschlossen, Zeitpunkt des Abschlusses: (MM/JJJJ)
- ☐ Evaluation läuft noch, geplanter Abschluss: (MM/JJJJ)
- ☐ Nicht zutreffend.

35. Liegt ein Bericht bzw. eine Studie zu der durchgeführten Evaluation vor?

Sollte keine Evaluation durchgeführt worden sein, antworten Sie bitte mit „nicht zutreffend“.

- ☐ Ja
- ☐ Nein.
- ☐ Nicht zutreffend.

36. Wurde der Evaluationsbericht/die Evaluationsstudie publiziert?

Sollte keine Evaluation durchgeführt worden sein bzw. kein(e) Bericht/Studie vorliegen, antworten Sie bitte mit „nicht zutreffend“.

- ☐ Ja
- ☐ Nein.
- ☐ Nicht zutreffend.

37. Falls Ihnen der aktuelle Evaluationsbericht/die Evaluationsstudie vorliegt und eine Weitergabe an uns möglich ist, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie die Datei hier hochladen würden.

Anmerkung: Datei darf max. 4 MB groß sein.

Durchsuchen...

38. Falls das Hochladen der Datei Ihnen nicht möglich ist, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns mitteilen würden, wo der Evaluationsbericht/die Evaluationsstudie erhältlich ist.

Alternativ können Sie gerne eine E-Mail-Adresse angeben, unter der wir Sie zwecks Ermittlung des Berichts kontaktieren könnten.

Sollte keine Evaluation durchgeführt worden sein bzw. kein Bericht/keine Studie vorliegen, antworten Sie bitte mit „nicht zutreffend“.

- ☐ Der Evaluationsbericht/die Evaluationsstudie ist an der folgenden Stelle (z. B. einem Ministerium) erhältlich:
- ☐ Sie dürfen mich zwecks Erhalt des Evaluationsberichts/der Evaluationsstudie unter der folgenden E-Mail-Adresse kontaktieren:
- ☐ Bericht/Studie ist nicht verfügbar.
- ☐ Nicht zutreffend.

39. Wie wurde Ihre Einrichtung 2016 finanziert?

Die Summe Ihrer Angaben sollte 100 % ergeben.

Justizministerium/-behörden

Sozialministerium

Vereinsmittel

Krankenkasse

Mitfinanzierung durch Klient

Fondfinanzierung

Sonstiges

Justizministerium/-Behörde umfasst z. B. Gericht, Führungsaufsichtsstelle, Staatsanwaltschaft o.ä. Sollte Ihre Institution durch mehrere Quellen finanziert

werden, bitte nach Möglichkeit alle Finanzgeber angeben bzw. unter Sonstiges einordnen.

Vereinsmittel: z. B. Spenden

Fondfinanzierung: z. B. Fond „Psychotherapie und Bewährung“

Sonstiges: z. B. Bußgelder

40. Fallpauschale (im Jahr 2016):

€ pro Fall

☐

Nicht zutreffend

41. Tagessatz pro KlientIn:

€ pro Tag

☐

Keine Antwort möglich

Da die Finanzierung der Ambulanzen sehr unterschiedlich erfolgt und auch die Art der Betreuung (z. B. Einzel- oder Gruppentherapie, Länge der Kontakte) unterschiedlich stark den Haushalt belastet, kann es hier nur um eine grobe Annäherung an den Tagessatz gehen.

Um diesen vergleichbar zu machen, schlagen wir folgende Rechnung als Grundlage vor:

A) **Reale (nicht geplante) Gesamtkosten des Jahres – Mischambulanzen nehme entsprechend des Anteils der Justiz-KlientInnen an der Gesamtklientel den jeweiligen Prozentanteil an den Gesamtkosten der Ambulanz**

B) Werden auf den Kalendertag umgelegt und

C) Durch die im Jahresdurchschnitt pro Tag betreute Anzahl der Klienten geteilt.

Beispielrechnung: 365.000 € jährliche Gesamtkosten/365 Tage = 1000 € pro Tag.

Im Durchschnitt werden 50 Klienten täglich betreut: 1000 €/50 = 20 € pro Klient.

Eine Ambulanz, die nur 20 % Justizklientel hat: 20 % von 365.000 € = 73.000 €/365 Tage/10.

Klienten = 20 € pro Klient.

42. Welche Qualifikation besitzt die Leitung Ihrer Einrichtung?

(Mehrfachangaben möglich)

- ☐ Ärztliche/r PsychotherapeutIn
- ☐ Facharzt/
- ☐ Fachärztin für Psychiatrie
- ☐ PsychologIn
- ☐ Psychologische/r PsychotherapeutIn
- ☐ SozialpädagogIn
- ☐ Andere Qualifikation und zwar:

43. Wieviele Personen waren 2016 festangestellt?*„Köpfe“ zählen; hier keine Honorarstellen angeben, diese werden separat erfasst*Anzahl der festangestellten MitarbeiterInnen: **Wie setzte sich das Team Ihrer Einrichtung Ende 2016 zusammen?**

Hier soll die Zusammensetzung des Teams hinsichtlich der Berufe/Ausbildungen abgebildet werden. D.h. die Anzahl der in der Ambulanz festangestellten Fachkräfte (unabhängig von deren Stellenanteil) werden den einzelnen Kategorien zugeordnet.

*PsychologInnen/PiA = Diplom- oder Master-Abschluss;**PsychologInnen mit Bachelor-Abschluss (B.A.) bitte unter Sonstige eintragen.*

Die Summe Ihrer Angaben sollte der Anzahl der o.g. festangestellten MitarbeiterInnen entsprechen. (Anzahl der Personen)

Psychologische PsychotherapeutInnen:

PsychologInnen (Diplom/Master) / PiA:

FachärztInnen:

ÄrztInnen:

(Sozial-)PädagogInnen, SozialarbeiterInnen:

Pflegekräfte:

Verwaltung:

Sonstige:

44. Wie viele offizielle Planstellen für die Justiz-KlientInnen hatte Ihre Einrichtung Ende 2016?

Anzahl der verfügbaren Stellen, unabhängig davon, ob diese gerade besetzt sind oder nicht.

Leitung:		Vollzeit-	☐	Nicht zu-
				treffend
Fachkräfte:		Vollzeit-	☐	Nicht zu-
				treffend
Verwaltung:		Vollzeit-	☐	Nicht zu-
				treffend
Sonstige:		Vollzeit-	☐	Nicht zu-
				treffend

PIAs zählen zur Kategorie Fachkraft, wenn sie therapeutisch tätig und festangestellt sind; Arzthelferinnen und Pflegekräfte fallen in die Kategorie Verwaltung.

Achtung: Wenn die Leitungsperson als Leitung und als Therapeut/in tätig ist, so ist der Stellenanteil aufzuteilen (Beispiel: eine Vollzeitstelle ist mit 0,5 Leitung und mit 0,5 Fachkraft). Sollte es eine feste Stellvertretung (nicht nur in Abwesenheit der Leitung) geben, so ist deren Stellenanteil für die Stellvertretung bei der Leitung mit einzurechnen.

45. Wie viele Honorarkräfte beschäftigten Sie im Jahr 2016?

Sollten Sie Honorarkräfte in Ihrer Institution beschäftigen, dann geben Sie bitte die Anzahl an. Sollten Sie keine Honorarkräfte beschäftigen, antworten Sie bitte mit „0“.

Anzahl der Honorarkräfte:

In welchen Tätigkeitsfeldern beschäftigen Sie Honorarkräfte?

Wenn Sie mehrere Honorarkräfte für dieselbe Tätigkeit beschäftigen, sollte die Stundenanzahl die Summe über alle Honorarkräfte widerspiegeln.

Therapie/Nachsorge:		(Std./Monat)
Ärztliche Behandlung:		(Std./Monat)
Diagnostik:		(Std./Monat)
Wissenschaftliche Arbeit:		(Std./Monat)
Verwaltung:		(Std./Monat)
Sonstiges:		(Std./Monat)

46. Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Warteliste?

- ☐ Ja, für Erstgespräch/Probatorik.
- ☐ Ja, für Aufnahme in Therapie/Nachsorge.
- ☐ Nein.

Eine Warteliste für Erstgespräche/Probatorik bedeutet, dass der nächste Klient/die nächste Klientin erst dann zum Erstgespräch/zur Probatorik eingeladen wird, wenn ein Platz in Ihrer Einrichtung frei wird.

Die Warteliste für Aufnahmen in Therapie/Nachsorge bedeutet, dass zwar mit allen BewerberInnen Erstgespräche/Probatorik geführt werden, aber diejenigen, die für Therapie/Nachsorge in Frage kommen, auf einer Warteliste geführt und erst dann übernommen werden, wenn ein Behandlungsplatz frei ist.

Geben Sie bitte darüber hinaus an, nach welchen Kriterien Sie den nächsten Klienten/die nächste Klientin aus der Warteliste auswählen.

Auswahlkriterien für die Warteliste:

47. Wie viele Beendigungen fanden 2016 statt?

Beziehen Sie sich bei Ihren Angaben bitte auf die Justiz-KlientInnen.

	nicht zutreffend
Nach Erstgespräch/Probatorik durch Ablehnung seitens der Einrichtung:	☐
Nach Erstgespräch/Probatorik durch Ablehnung seitens der KlientInnen:	☐
Nach Behandlung mit Zustimmung durch TherapeutIn/Gericht (regulär):	☐
Nach Behandlung <u>ohne</u> Zustimmung durch TherapeutIn/Gericht (regulär):	☐

Beendigungen:

... nach Erstgespräch/Probatorik durch Ablehnung seitens der Einrichtung: Ende wegen fehlender Behandlungsindikation, fehlender Zuständigkeit o.ä. Entscheidend ist die Beendigung vor der aktiven Übernahme in die Therapie/Nachsorge eigenständig durch Ihre Institution.

... nach Erstgespräch/Probatorik durch Ablehnung seitens der KlientInnen: Ende durch Abbruch des Klienten, Haft, Umzug ohne richterliches Einverständnis, Tod oder Suizid des Klienten o.ä. Entscheidend ist die Beendigung vor der aktiven Übernahme in die Therapie/Nachsorge unabhängig von der Zustimmung Ihrer Institution.

... nach der Behandlung mit Zustimmung durch TherapeutIn/Gericht (regulär): Reguläres Ende, da Therapeuten/-innen/in keinen Bedarf mehr sieht; gerichtliche Auflage erfüllt ist; gerichtlich genehmigter Umzug o.ä..

... nach der Behandlung ohne Zustimmung durch TherapeutIn/Gericht (irregulär): Die Therapie/Nachsorge hätte eigentlich fortgeführt werden sollen, wurde aber durch Haft, Therapieabbruch, Umzug ohne richterliches Einverständnis, Tod oder Suizid des Klienten o.ä. irregulär beendet.

48. Wie viele Justiz-KlientInnen haben im Jahr 2016 zusätzliche Ressourcen gebunden?

KlientInnen nach Behandlungsabschluss: KlientInnen

KlientInnen ohne persönlichen Erstkontakt: KlientInnen

Von Interesse ist, mit wie vielen KlientInnen Sie zusätzlich noch Arbeit haben, obwohl diese nicht (mehr) offiziell betreut/geführt werden und damit nicht abgerechnet werden können. Diese KlientInnen können u. U. nicht unerheblich Kapazitäten binden.

KlientInnen nach Behandlungsabschluss: Justiz-KlientInnen, die nach Abschluss/Abbruch der Therapie weiterhin in irgendeiner Form mit der Ambulanz in Kontakt stehen (z. B. Telefonate, Besuche, Briefverkehr).

KlientInnen ohne persönlichen Erstkontakt: KlientInnen, für die Vorarbeit in irgendeiner Form geleistet wurde (z. B. Aktendurchsicht, Stellungnahmen, Telefonate), welche im Jahr 2016 aber nicht aktiv in die Behandlung übergangen. Es gab zu diesen Fällen keinen persönlichen Kontakt!

49. Ausgehend von einer Vollzeitstelle – wie viel Prozent der Arbeitszeit wurden 2016 im Durchschnitt über alle therapierenden Angestellten mit der Betreuung von KlientInnen verbracht?

(im Durchschnitt über alle Mitarbeitenden im Verlauf des Jahres 2016)

Behandlungszeit: % einer 40h-Arbeitswoche

„Therapierende Angestellte“ bezieht sich auf alle Fachkräfte (unabhängig von der Profession), die an der Betreuung der KlientInnen beteiligt sind (d.h. Verwaltungsangestellte zählen nicht). Die Angabe erfolgt in Bezug auf eine Vollzeitstelle.

Behandlungszeit: Hier sind nur **Face-to-Face-Kontakte** (unabhängig, ob empfangend oder aufsuchend) der Fachkraft gemeint. Hierzu zählen z. B. ebenfalls Helfer-treffen und Begleitung zu Ämtern.

Beispiel: Eine Fachkraft führt pro Woche 2 Gruppentherapien mit jeweils 90 Min. (180 Min.) und im Durchschnitt 12 Einzelgespräche mit jeweils 50 Min. (600 Min.) durch. Das sind dann insgesamt 13 Stunden direkter Klientenkontakt und ca. 32,5 % einer 40 Std.-Arbeitswoche.

50. **Wie hoch ist der durchschnittliche ‚Caseload‘ bei Vollzeitangestellten?**
(im Durchschnitt über alle Mitarbeitenden im Verlauf des Jahres 2016)

Durchschnittlicher Caseload: KlientInnen
pro Vollzeitstunde

Caseload: Hier bitte die Anzahl der Justiz-KlientInnen angeben, die eine Vollzeit-Fachkraft im Durchschnitt betreut.

Unabhängig davon, ob die Klienten in Gruppen- oder Einzelsettings, aufsuchend oder empfangend betreut werden.

Wie hoch ist durchschnittlich der wöchentliche „Caseload“ bei Vollzeitangestellten? Berücksichtigen Sie hier bitte alle $\Rightarrow$ in Therapie $\Leftarrow$ sich in Behandlung befindlichen Justiz- Klientinnen.

(im Durchschnitt über alle Mitarbeitenden im Verlauf des Jahres 2016)

Wöchentlicher Caseload: KlientInnen werden durchschnittlich pro
Vollzeitstelle betreut.:

51. **Wie hoch ist durchschnittlich die wöchentliche Stundenanzahl von ausgefallenen Klientengesprächen?**

(im Durchschnitt über alle Mitarbeitenden im Verlauf des Jahres 2016)

Bitte geben Sie bitte eine Schätzung ab.

Ausfall: Std./Woche pro Vollzeitkraft ☐ keine Antwort möglich

52. **Wie arbeitete Ihre Institution 2016?**

Empfangend = Der Klient/die Klientin sucht für die Betreuung die Räumlichkeiten der Ambulanz auf

Aufsuchend = Die Betreuung findet im Lebensumfeld des Klienten/der Klientin statt (z. B. bei ihm/ihr zu Hause)

- ☐ Ausschließlich empfangend
- ☐ Ausschließlich aufsuchend
- ☐ Teils, teils (im Jahre 2016 fand bei % der KlientInnen eine aufsuchende Betreuung statt)

53. Wie häufig finden in Ihrer Einrichtung statt?

Bei externer Supervision bitte die Gesamtdauer über alle Supervisionen hinweg für das Jahr 2016 angeben. Sollte die Dauer der internen Besprechungen oder Teamsitzungen pro Monat sehr variieren, bitte einen Durchschnittswert angeben.

- Externe Supervision durchschnittlich: (Std./Monat) ☐ trifft nicht zu
- Interne Fallbesprechungen/Visite (Std./Monat) ☐ trifft nicht zu durchschnittlich:
- Teamsitzungen (alle Mitarbeitenden) (Std./Monat) ☐ trifft nicht zu

54. Wie viele Tage wurden im Jahr 2016 für Fortbildungen genutzt?

Die Teilnahme an Fortbildungen durchschnittlich pro Mitarbeiter für das Jahr 2016 bitte in Tagen, bezogen auf eine Vollzeitkraft, angeben.

- Anzahl in Tagen ☐ Keine Antwort möglich

55. Bestehen aktuelle und aktiv gelebte wissenschaftliche Kooperationen?

Entscheidend sind aktuell bestehende Kooperationen z. B. mit Hochschulen, außeruniversitären Forschungseinrichtungen oder wissenschaftlich arbeitenden Kliniken. In der Vergangenheit liegende, nicht mehr aktiv genutzte Kooperationen sind nicht von Bedeutung.

- ☐ Ja, und zwar mit folgenden Einrichtungen:

- ☐ Nein

Wie hoch schätzen Sie die Priorität folgender Aufgaben in Ihrer Einrichtung?

Therapie: Bei den Justiz-KlientInnen steht die Behandlung psychischer Störungen im Vordergrund.

Kontrolle: Die Einrichtung funktioniert als Vermittler zwischen Justiz und KlientIn und dient somit in erster Linie der regelmäßigen Kontrolle der Justiz-KlientInnen.
Resozialisierung: Aufgabe der Einrichtung besteht in erster Linie darin, die Justiz-KlientInnen dazu zu befähigen, ein geregeltes und straffreies Leben zu führen.
Sanktionierung: Die Einrichtung erfüllt in erster Linie die Aufgabe der Bestrafung der Justiz- KlientInnen.

Therapie:	keine Priorität	höchste Priorität
Kontrolle:	keine Priorität	höchste Priorität
Resozialisierung:	keine Priorität	höchste Priorität
Sanktionierung:	keine Priorität	höchste Priorität

Wie häufig findet Kontakt mit folgenden Behörden statt?

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
Justizvollzugs- anstalt	☐	☐	☐	☐	☐
Strafvollstre- ckungskammer	☐	☐	☐	☐	☐
Führungsauf- sichtsstelle	☐	☐	☐	☐	☐
Bewährungs- hilfe	☐	☐	☐	☐	☐
Gesetzlichem Betreuer	☐	☐	☐	☐	☐

Falls Sie mit folgenden Behörden nicht zusammenarbeiten, kreuzen Sie bitte Nicht zutreffend an.

[illegible]

Wenn Sie alle zurückliegenden Fragen beantwortet
haben, sind Sie jetzt mit dem Ausfüllen des
Fragebogens fertig - vielen Dank!

**Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder möchten Sie
etwas ergänzen?**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide additional comments or补充 information. The box is positioned below the question and occupies a significant portion of the lower half of the page.

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich für Ihre Teilnahme und Mühe bedanken.

Falls Sie noch Fragen haben, schreiben Sie eine E-Mail an p.ghertz@krimz.de. Donnerstags und freitags erreichen Sie mich telefonisch unter der Telnr. +49 611-15758-22.

Wenn Sie Interesse haben, den Forschungsbericht dieses Projektes zu erhalten, hinterlassen Sie bitte eine E-Mail-Adresse. Die Ergebnisse werden voraussichtlich Ende dieses Jahres vorliegen.

WICHTIG:

- Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
- Kontaktdaten zu Ihrer Einrichtung und Angaben zu Ihrer Person sind nicht unbedingt notwendig. Eine E-Mail-Adresse ist grundsätzlich ausreichend.

Kontaktdaten

Angaben sind freiwillig

Einrichtung:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ:	
Ort:	
Homepage:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

Wenn Sie jetzt auf den **WEITER-Button** klicken, ist die Umfrage endgültigbeendet und Sie können keineweiteren Änderungen an Ihren Angaben vornehmen.

Sind Sie sich sicher, dass der Fragebogen vollständig ausgefüllt wurde?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.