



# Konzept für die Abteilungen für Inhaftierte mit angeordneter Sicherungsverwahrung und die Abteilung Sicherungsverwahrung

Behandlung, Qualitätssicherung,  
Evaluation

Stand September 2022

## Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage .....	3
1.1. Rechtliche Rahmenbedingungen.....	3
1.2. Unterbringung und Behandlung.....	4
1.3. Abgrenzung zu anderen Täterinnen bzw.- Tätergruppen.....	4
1.4. Persönlichkeitsgestörte gefährliche Straftäterinnen und Straftäter .....	4
1.5. Strukturelle Voraussetzungen .....	5
2. Grundlagen und Struktur eines Behandlungskonzeptes.....	5
2.1. Prämissen eines Behandlungskonzeptes .....	6
2.2. Behandlungsmodule .....	8
2.2.1. Prozessziele .....	8
2.2.2. Prozessmodule im Behandlungsverlauf .....	10
3. Qualitätssicherung .....	15
3.1. Qualitätssicherung im Verlauf .....	16
3.2. Mindeststandards für den psychologischen Dienst in den Sonderabteilungen .....	17
3.3. Prüfung von Lockerungen.....	17
4. Evaluation.....	17
6. Psychohygiene und Supervision für Mitarbeitende in den Abteilungen Sicherungsverwahrung und angeordnete Sicherungsverwahrung.....	18
6.1. Problemstellung.....	18
6.2. Strukturelle Voraussetzungen .....	19
6.3. Fortbildung .....	19
6.4. Erfahrung sammeln und sich selbst erfahren .....	19
6.5. Supervision, Intervision und kollegiale Beratung .....	20
6.6. hilfreiche Auszeiten.....	20
Literatur .....	21

## 1. Ausgangslage

### 1.1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die vom Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 4. Mai 2011(2 BvR 2365/09) gemachten Vorgaben zum Vollzug der Sicherungsverwahrung hat es in folgenden Geboten zusammengefasst:

- ultima-ratio-Prinzip
- Individualisierungs- und Intensivierungsgebot
- Motivierungsgebot
- Trennungsgebot
- Minimierungsgebot
- Rechtsschutzgebot
- Unterstützungs- und Kontrollgebot

Der Bund hat dazu Leitlinien in § 66c StGB erlassen.

Das ultima ratio-Prinzip verpflichtet dazu, schon während des der Sicherungsverwahrung vorgelagerten Vollzuges der Freiheitsstrafe alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Gefährlichkeit der Gefangenen, für die die Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten ist, zu reduzieren und dadurch ihre Unterbringung in der Sicherungsverwahrung möglichst entbehrlich zu machen. Demgemäß stellt § 3 Absatz 3 SächsStVollzG den Grundsatz auf, dass diese Gefangenen individuell und intensiv zu betreuen sind. Die Behandlungsmaßnahmen sind auf den einzelnen Gefangenen individuell zuzuschneiden. Sofern etablierte Maßnahmen nicht ausreichen oder keinen Erfolg versprechen, ist der Vollzug gefordert individuelle Maßnahmen zu entwickeln.

Der sächsische Justizvollzug hat sich zudem für eine grundsätzlich konzentrierte Unterbringung der Gefangenen mit angeordneter oder vorbehaltener Sicherungsverwahrung (aSV) entschieden. Dafür sind in der Justizvollzugsanstalt Dresden und in der Justizvollzugsanstalt Waldheim Abteilungen für Gefangene mit angeordneter Sicherungsverwahrung eingerichtet.

Die Umsetzung der oben genannten Gebote des Bundesverfassungsgerichts und der Leitlinien des Bundes (§ 66c Absatz 1 StGB) erfolgt für den Vollzug der Sicherungsverwahrung durch das SächsSVVollzG. Das dort festgeschriebene Gesamtkonzept zum Vollzug der Sicherungsverwahrung trägt dem verfassungsrechtlich postulierten Abstandsgebot Rechnung, wonach sich der Vollzug der Sicherungsverwahrung deutlich von dem des Strafvollzuges zu unterscheiden hat. Zudem regelt § 15 SächsSVVollzG, dass der Vollzug der Sicherungsverwahrung therapeutisch auszugestalten ist und den Untergebrachten die im Einzelfall erforderlichen therapeutischen Maßnahmen anzubieten sind. Es gilt, wie für den Bereich der aSV: wenn standardisierte Therapiemethoden nicht ausreichen oder keinen Erfolg versprechen, sind individuell zugeschnittene Behandlungsangebote zu unterbreiten.

Stellt die zuständige Strafvollstreckungskammer fest, dass der oder dem Gefangenen während des Vollzuges der der Sicherungsverwahrung vorangehenden Strafhaft bzw. der oder dem Untergebrachten in der Sicherungsverwahrung eine ausreichende Betreuung, die insbesondere den vorgenannten Anforderungen an Intensität und Individualität entspricht, nicht angeboten worden ist und ist die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung dadurch unverhältnismäßig, so setzt sie den Vollzug derselben zur Bewährung aus (§§ 67c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, 67d

Absatz 2 Satz 2 StGB). Die Überprüfung der ausreichenden Betreuung erfolgt durch das Gericht bei angeordneter oder vorbehaltener Sicherungsverwahrung während des Vollzuges der Freiheitsstrafe alle zwei Jahre (§ 119a StVollzG); während des Vollzuges der Sicherungsverwahrung regelmäßig in Jahresfrist (§ 67e StGB).

## **1.2. Unterbringung und Behandlung**

Die Unterbringung und Behandlung der Inhaftierten mit (a)SV erfolgt in der Abteilung Sicherungsverwahrung in Bautzen sowie in den Abteilungen für Gefangene mit angeordneter Sicherungsverwahrung in Waldheim und Dresden. Bei Bedarf kann eine Unterbringung und Behandlung in einer sächsischen Sozialtherapie erfolgen.

Die bisherigen Erfahrungen mit dieser Klientel zeigen, dass die entsprechende Behandlungs- und Änderungsmotivation im Zusammenspiel mit Hospitalisierungseffekten und der Entwicklung weiterer Ausprägungsgrade bestehender und möglicherweise weiterer psychischer Störungen (Anpassungsstörung, Depression etc.) die Behandlungsteams vor große Herausforderungen stellt.

## **1.3. Abgrenzung zu anderen Täterinnen bzw.- Tätergruppen**

In der verfügbaren deutschsprachigen Literatur findet sich wenig über behandlerisch relevante Merkmale der Gruppe der Inhaftierten mit aSV und keine Daten über eine mögliche Abgrenzung dieser von Inhaftierten mit schweren Delikten und langen Haftstrafen, denen die Sicherungsverwahrung (SV) nicht droht. Hier ergibt sich für Justizvollzugsanstalten die Frage, in welcher privilegierten Form diese beiden Gruppen getrennt voneinander unterzubringen und insbesondere mit besonderen Methoden zu behandeln sind und dies auch in Abgrenzung zu jedem anderen Strafgefangenen, der aus ethischer Sicht denselben Anspruch auf Ausschöpfung von Interventionsressourcen hat.

## **1.4. Persönlichkeitsgestörte gefährliche Straftäterinnen und Straftäter**

Die in den hohen Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen bei der Gruppe der Inhaftierten zum Ausdruck kommenden schwer behandelbaren Persönlichkeitsanteile, sind oft nicht „heilbar“ in dem Sinne, dass die Störung selbst vollständig zum Verschwinden gebracht werden könnte; vielmehr kann es oft nur darum gehen, kompensierende Denkmuster, Strategien und Verhaltensweisen aufzubauen, die möglichst effektiv einem Rückfall in kriminelle Muster entgegenwirken (Rückfallprävention).

Viele Inhaftierte mit aSV haben bereits Behandlungen in sozialtherapeutischen Einrichtungen oder im psychiatrischen Maßregelvollzug durchlaufen oder haben an sonstigen Behandlungsangeboten teilgenommen, die aber nicht den gewünschten Effekt zeigten. In Gutachten wurden sie deshalb vielfach als „behandlungsresistent“ oder als „nicht behandelbar“ beurteilt. Die zukunftsgerichtete Motivation, auf ein Leben in Freiheit hinzuarbeiten, dürfte dementsprechend sehr unterschiedlich sein und sich zwischen den Polen der optimistischen

Arbeit an Behandlungszielen und vollständiger Resignation mit Anpassung an die bestehenden Lebensverhältnisse bewegen.

### **1.5. Strukturelle Voraussetzungen**

Zur Absicherung und qualifizierten Umsetzung der beschriebenen Behandlungsaufgaben ist folgende personelle Ausstattung je 10 Haft-/Unterbringungsplätze notwendig:

Leiter/in der Abteilung (keine ausschließliche Zuständigkeit)

1,0 AKA Sozialarbeitende

1,0 AKA Psychologin bzw. Psychologen

0,5 AKA Kunsttherapeutin bzw. Kunsttherapeut (bzw. auch Sporttherapeutin bzw. Sporttherapeut)

Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes (festes Stammpersonal im Früh-, Tag- und Spätdienst)

Die notwendigen Qualifikationen für die Arbeit in diesen Abteilungen müssen entwickelt und gefördert werden. Ziel muss sein, dass alle Mitarbeitende der Abteilungen für (a)SV; Mitarbeitende des AVD, des psychologischen Dienstes, des Sozialdienstes und der Kunsttherapie; einem Bereich mit dem komplexesten und schwierigsten Behandlungsauftrag, über die bestmögliche Qualifikation verfügen.

Zudem kann nach Bedarf der Gefangenen eine funktionale Zusammenarbeit mit externen Fachkräften erforderlich sein. Dazu gehören z.B.:

- Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie
- sonstige Fachärztinnen bzw. Fachärzte
- Suchtberatungsstellen
- Schuldnerberatung
- Sexualtherapeutin bzw. Sexualtherapeut
- Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut

Des Weiteren erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen (z.B. Strafvollstreckungskammer, Staatsanwaltschaft, Sozialer Dienst der Justiz, ISIS, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Amt für Wohnen und Soziales, Betreuungsbehörde) und / oder freien Trägern (z.B. Vereine der freien Straffälligenhilfe, Psychiatrische Einrichtungen, Institutionsambulanzen, Alten- und Pflegeheime) der nachsorgenden Betreuung in Freiheit. Mit diesen Institutionen erfolgt eine frühestmögliche Zusammenarbeit insbesondere im Rahmen der Entlassungsvorbereitung.

## **2. Grundlagen und Struktur eines Behandlungskonzeptes**

Aus Untersuchungsergebnissen, Erfahrungen aus der Qualitätssicherung und sonstigen, in der deutschsprachigen Literatur zu findenden wissenschaftlichen Erkenntnissen leiten sich für die Behandlungserfordernisse wesentliche Prämissen ab.

## **2.1. Prämissen eines Behandlungskonzeptes**

### **Prämisse 1: Beachtung des Individualisierungs- und Intensivierungsgebotes**

Der gesamte therapeutische Prozess muss nach dem Individualisierungs- und Intensivierungsgebot gestaltet werden. Die risk-need-responsivity Faktoren der Wirksamkeit von Therapieangeboten im forensischen Setting (Andrews & Bonta 2010) sind zu beachten.

### **Prämisse 2: Beachtung statischer Faktoren**

Für die Behandlung ist wichtig zu beachten, dass wir es mit:

- gefährlichen persönlichkeitsgestörten Straftäterinnen bzw. Straftätern,
- aus der Gruppe der early-starter persistent,
- mit verfestigten dissozialen Denkmustern,
- mit massiven Empathiedefiziten,
- mit ausgeprägter Schuldexternalisierung,
- mit Impulskontrollstörungen,
- mit wenig Ressourcen, die sich aus einer gesunden Beziehungsfähigkeit ergeben könnten, weil
- viele früh traumatisiert und
- viele ohne gesunde frühe Bindungs- und Objektbeziehungserfahrungen aufgewachsen sind,

zu tun haben.

Aufgrund der schwerwiegenden statischen Risikofaktoren dieser Gefangenengruppe muss sich die Behandlung in erster Linie auf allgemeine Prinzipien der Bedürfnisregulation konzentrieren, um dadurch einen nachhaltigen Einfluss auf die dynamischen Risikofaktoren zu erreichen. Im Fokus der Behandlungsplanung steht neben der Kriminaltherapie die Verbesserung des Wohlbefindens und der seelischen Gesundheit. Diese orientiert sich an den persönlichen Bedürfnissen der Klienten und schafft eine tragfähigere Basis für weitere interventive Schritte. Zur Initiierung von Veränderungsprozessen muss ein wachstumsförderliches therapeutisches Klima gestaltet werden.

### **Prämisse 3: Beachtung neuropsychologischer Erkenntnisse**

Daraus ergeben sich Hypothesen hinsichtlich der hirnpfysiologischen Prozesse, die durch frühe Strukturveränderungen zustande kommen, zwar nicht irreversibel, aber stark behindernd sind im Lernen anderer neuer Beziehungsmodelle und in der Einbettung gesunder emotionaler Erfahrungen. (Saimeh 2012)

### **Prämisse 4: Beachtung motivationaler Faktoren**

Behandelbarkeit bzw. Therapiemotivation ist keine bei einem Menschen dauerhaft zu verneinende Eigenschaft, sondern abhängig zum einen von der Verfügbarkeit brauchbarer

Behandlungsansätze sowie der Beachtung motivationaler Faktoren der Straftäterinnen bzw. - Straftäterbehandlung (s. Tab. 1). Alle Prozessbestandteile können sich verändern. (Dahle, 1995)

Tabelle 1

Motivationale Faktoren	Beschreibung
Therapieerfolgsmotiv	Belastungserleben durch psychische Störungen
Hafterleichterungsmotiv	Belastungserleben durch Sanktion und Haftsituation
Therapiebewertung	Wissen und Werthaltung gegenüber Psychotherapie
Therapieverfügbarkeit	Anforderungen und Zutrauen der Therapie
Haftressentiments	Misstrauen gegenüber Justiz und Strafvollzug

### **Prämisse 5: Beachtung eines ganzheitlichen Menschenbildes**

Die Grundlage eines umfassenden Behandlungsmodells muss ein ganzheitliches Menschenbild sein. Es berücksichtigt neben den gestörten Bereichen auch die dem Individuum innewohnenden Fähigkeiten.

Tatsächlich vorgegeben sind nicht notwendigerweise nur die Konflikte und Störungen, sondern auch die Fähigkeiten, die jeder Mensch mitbringt. Das Behandlungsmodell richtet also den Blick auf das Ganze und geht davon aus, dass jeder Mensch eine Störung entwickeln kann, und gleichzeitig auch die Fähigkeit zur Gesundung besitzt. Dementsprechend ist nicht nur die Vergangenheit - also die regressive Sicht wichtig, sondern vor allem eine zukunftsorientierte progressive Betrachtungsweise. Neben der Pathologie wird von Anfang an nach den Ressourcen der oder des Inhaftierten geschaut. Im Behandlungsprozess ist der Aufbau bzw. die Weiterentwicklung individueller Ressourcen unbedingt zu beachten.

### **Prämisse 6: Beachtung moderner Prinzipien des Lernens**

Das Behandlungsmodell muss die modernen Erkenntnisse der Lernforschung berücksichtigen.

Um einen nachhaltigen Behandlungseffekt zu erzielen, ist die Beachtung von mnemotechnischen Prinzipien beim therapeutischen Lernen besonders wichtig.

Unter den mnemotechnischen Prinzipien beim therapeutischen Lernen wird folgendes subsummiert (Beaulieu 2008):

- multisensorisches Lernen
- abstrakte Konzepte konkret machen
- Nutzen der bereits bekannten Informationen
- Emotionen auslösen
- Interesse wecken
- Lust und Spaß in der Therapie
- Einfach ist einfacher
- Wiederholen ohne Zwang

### **Prämisse 7: Beachtung von Sicherheit**

Die Sicherheit wird in erster Linie durch qualifizierte Diagnostik und Therapie, Beziehungsarbeit sowie die Gestaltung eines gesunden sozialen Klimas gewährleistet. Dabei stellen die

Vorbildfunktion der Bediensteten und die Verwirklichung eines therapeutischen Milieus, das Lernen ermöglicht, wesentliche Voraussetzungen für die Inhaftierten dar. Daneben sind organisatorische, personelle, bauliche und technische Sicherheitsmaßnahmen erforderlich. Ein Ziel der Haft und Sicherungsverwahrung ist der Schutz der Allgemeinheit. Dies erfordert effektive Vorkehrungen gegen Entweichungen, aber auch gegen Geiselnahmen sowie gegen Gewalttätigkeit im Innenbereich und deren spezifische Ausgangsbedingungen (z.B. Alkoholmissbrauch, unerlaubtes Handeltreiben mit den Folgen Verschuldung und Erpressung). Daraus folgt, dass bei einem hohen Maß an Sicherung nach außen sich nach innen ein hohes Maß an Freiheit verwirklichen lassen sollte, um Veränderungsprozesse sinnvoll zu unterstützen.

### **Prämisse 8: Beachtung der speziellen personellen Voraussetzungen**

Die Auswahl geeigneten Personals für die Behandlung dieser besonderen Gefangenengruppe spielt eine wesentliche Rolle für einen Behandlungserfolg. Jede Abteilung verfügt über einen festen Personalstamm. Behandlungskontinuität muss durch personelle Kontinuität gegeben sein. Das Personal wird gezielt ausgewählt nach insbesondere:

- Fachkenntnissen
- Persönlichen Fertigkeiten im Umgang mit psychisch kranken Straftäterinnen bzw. Straftätern
- Fähigkeit zur Gestaltung eines gesunden Beziehungsvorbildes
- Psychologinnen bzw. Psychologen und Sozialarbeitende verfügen über die notwendige Fortbildung hinsichtlich der Durchführung der einzelnen Therapiebausteine

## **2.2. Behandlungsmodule**

Ziel der Behandlung ist nicht die „fully functionally person“ sondern die Verbesserung der psychischen Gesundheit, die Stärkung der Ressourcen und Veränderung der kriminogen wirkenden Persönlichkeits- und Umweltfaktoren und letztlich die Reduktion der Gefährlichkeit durch einen ganzheitlichen Behandlungsansatz.

### **2.2.1. Prozessziele**

#### **Entwicklung der Beziehungsfähigkeit**

Die Fähigkeit, eine tragbare therapeutische Beziehung mit der Bezugstherapeutin bzw. dem Bezugstherapeuten einzugehen, ist Grundvoraussetzung für eine Psychotherapie jeglicher Art. Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass die Beziehung zwischen Klientin bzw. Klient und Therapeutin bzw. Therapeut die meiste Varianz eines Therapieerfolges aufklärt. Eine (möglicherweise erste) gesunde Beziehungserfahrung kann die Grundlage für ein Leben in Eigenverantwortung schaffen, da dadurch wichtige Beziehungserfahrungen auf emotionaler und Verhaltensebene folgen.

#### **Verbesserung der emotionalen und sozialen Kompetenzen**

Die Impulskontrollstörungen, Emotionsregulationsstörungen und andere dysfunktionale emotionale Muster sind auf der Verhaltensebene u.a. verantwortlich für die massiven Probleme

der Straftäterinnen bzw. Straftäter im interpersonalen Bereich. Auch wenn sie ein möglicherweise gut ausgeprägtes Verhaltensrepertoire sozialer Kompetenzen haben, stehen der Anwendung oft bedürfnisorientierte unkontrollierte Emotionen gegenüber. Deshalb ist es wichtig, auf einer fühlbaren Erlebensebene die Regulationsstörungen zu erkennen und Handlungsalternativen unter Berücksichtigung des emotionalen Ursprungs, einer besseren Körperwahrnehmung sowie der Ressourcen, für ein sozial funktionales Verhaltensmuster zu entwickeln.

### **Entwicklung von Empathiefertigkeiten**

Empathie zu trainieren mit dem Ziel, diese als Eigenschaft in einem Menschen auszubilden, ist aus verschiedenen Gründen (bisher) nicht möglich. Eine Differenzierung in:

- die Fähigkeit zu einem echten Mitfühlen
- die Fähigkeit zum Dekodieren der Emotionslage des Gegenübers sowie
- die Fertigkeit über ein rationales Konstrukt der Empathie zu verfügen

ist notwendig. Pädosexuelle Straftäterinnen bzw. Straftäter mit dissozialen oder psychopathischen Persönlichkeitsakzentuierungen oder -störungen verfügen z.B. über die Fähigkeit zum Dekodieren der Emotionslage ihrer Opfer und Manipulationsfähigkeiten, die sie zur Opferauswahl nutzen und die kindlichen Opfer zu Handlungen und/oder zum Schweigen zu bringen.

Für die Kriminalprognose ist die Empathiefähigkeit jedoch ein wichtiger Faktor. Deshalb soll für die Straftäterinnen bzw. Straftäter mit erheblichen Empathiedefiziten die rationale Fertigkeit, das Gegenüber auf emotionaler, kognitiver und moralischer Ebene einzuschätzen vor allem im Lebensalltag erworben und trainiert werden (siehe auch soziomoralische Entwicklung).

### **Verbesserung der intellektuellen Leistungsfähigkeit**

Durch Alkohol- und Drogenkonsum und der eingeschränkten Reizmenge innerhalb einer vollzuglichen Unterbringung sind Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit möglich. Diese beeinflusst die Lerneffekte innerhalb der gesamten Intervention. Durch gezieltes Training von Aufmerksamkeit- und Gedächtnisleistungen kann die kognitive Leistungsfähigkeit verbessert und Hospitalisierungseffekten vorgebeugt werden.

### **Lernen sozial erwünschter Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung**

Kriminalität kann als fehlgeleitete Methode der Bedürfnisbefriedigung verstanden werden. Die Basis gesunder Bedürfnisbefriedigung ist das Erkennen individueller Bedürfnisse und das Lernen und Ausprobieren gesunder Möglichkeiten. Nach Maslow (Myers et.al.2008) ist es notwendig erst die Defizitbedürfnisse (Physiologische Grundbedürfnisse, Sicherheitsbedürfnis, Liebesbedürfnis) zu befriedigen bevor Wachstumsbedürfnisse (Selbstachtungsbedürfnis, Selbstverwirklichungsbedürfnis) bearbeitet werden können. Das Erlernen und Übernehmen von Möglichkeiten der Befriedigung von Defizit- und Wachstumsbedürfnissen kann kriminalpräventiven Charakter und so einen positiven Effekt auf die Rückfallwahrscheinlichkeit haben.

### **Soziomoralische Entwicklung**

Hier kommt dem Begriff der „Perspektivenübernahme“ in Abgrenzung zu „Empathie“ (die aus besagten Gründen gerade bei hirnstrukturellen Pathologien, wie sie z.B. psychopathische Straftäterinnen und Straftäter aufweisen nicht therapeutisch induzierbar ist) eine besondere Bedeutung zu. Individuelle Perspektiven beinhalten mehrere Ebenen im kognitiven, sozialen und emotionalen Bereich. Perspektivenübernahme meint die Fähigkeit, sich in soziale Situationen anderer Menschen hineinversetzen zu können. Je besser Individuen sich in das Rollenverständnis des Gegenübers hineinversetzen können, in dem sie u.a. Aspekte der Emotionen, Kognitionen etc. in der Welt des Gegenübers einbeziehen, desto besser gelingt die Strukturierung neuer Situationen. Dies bedeutet auch eine größere Handlungsregulationskompetenz.

## **2.2.2. Prozessmodule im Behandlungsverlauf**

Der gesamte Behandlungsverlauf gliedert sich in vier Module.

Orientierungs- und Diagnostikmodul

Motivationsmodul

Interventionsmodul

Übergangsmodule (siehe Grafik im Anhang)

### **2.2.2.1. Orientierungs- und Diagnostikmodul**

Im Orientierungs- und Diagnostikmodul soll die Basis für das weitere therapeutische Vorgehen geschaffen werden. Neben der Diagnostik soll die bzw. der Gefangene sich an das therapeutische Arbeiten in der neuen Abteilung gewöhnen, eigene Ansatzpunkte der Veränderung finden und eine Motivation für intensivere therapeutische Interventionen entwickeln. Ziel und Ergebnis des Orientierungs- und Diagnostikmoduls ist die Erarbeitung eines individuellen Interventionsplanes. Bei einigen Gefangenen steht z.B. auch die Entwicklung von Gruppenfähigkeit oder Erprobung hinsichtlich der vollzuglichen Sicherungsmaßnahmen am Anfang der therapeutischen Arbeit. Die Verweildauer im Orientierungs- und Diagnostikmodul soll 18 Monate nicht überschreiten.

Dieses Modul gliedert sich in verschiedene Modulbausteine:

- psychologische und medizinisch/psychiatrische Diagnostik
- Gruppengespräche
- Einzelgespräche
- Kontaktangebote
- Förderung einer gesunden Lebensweise
- Adjuvante Therapieangebote zur Initiierung von Veränderung (z.B. Kunsttherapie, Gartentherapie, tiergestützte Maßnahmen, Bewegungsangebote)
- Erarbeitung eines individuellen Interventionsplanes
- Aufbau und Weiterentwicklung individueller Ressourcen

Die psychologischen Einzelgespräche dienen der Entwicklung einer Behandlungsmotivation, der Abklärung der Gruppenfähigkeit, Entwicklung von Bindung an die Bezugstherapeutin bzw. den Bezugstherapeuten, einer Bedürfnisanalyse sowie der Erarbeitung von Veränderungszielen.

Die Ausarbeitung eines individuellen und intensiven Behandlungsplanes benötigt die Anamneseerhebung, die Erforschung der individuellen Kriminalitätsentwicklung, eine psychologische und medizinisch/psychiatrische Diagnostik sowie die Feststellung von Ressourcen und Fähigkeiten. Auf dieser Grundlage wird eine individuelle Delinquenzentwicklungshypothese formuliert und Interventionsangebote abgeleitet und gewichtet. Die Dokumentation erfolgt auf dem FB 2a (Fallassessment Erstdiagnostik s.u.)

### **2.2.2.2. Motivationsmodul**

Falls die oder der Gefangene oder Untergebrachte:

- sich nicht auf eine stringente und zielorientierte Behandlungsplanung einlassen kann oder will oder
- eng in subkulturelle Aktivitäten eingebunden ist oder
- durch den Konsum von psychotropen Substanzen von Therapiemaßnahmen nicht profitieren kann oder
- eine erhebliche Fremdgefährdung zeigt und deshalb die Teilnahme an den Behandlungsmaßnahmen eingeschränkt ist oder
- eine Therapiepause benötigt,

muss eine intensiv-begleitende Motivationsarbeit im Rahmen des Motivationsmoduls erfolgen.

Die Gefangenen und Untergebrachten erhalten kontinuierliche Kontakt- bzw. Gesprächsangebote in monatlich schriftlicher oder mündlicher Form von den Mitarbeitenden der Abteilung oder ein Interventionsangebot durch einen externen Anbieter. Die erfolgten sind zu dokumentieren. Alltagsstrukturierend können Maßnahmen aus dem Orientierungs- und Diagnostikmodul angeboten werden. Ziel der Motivationsarbeit im Modul ist die Aufnahme in das Interventionsmodul.

### **2.2.2.3. Interventionsmodul**

Die gesamten therapeutischen Angebote werden individuell auf die Bedürfnisse der Klientin bzw. des Klienten zugeschnitten. Das Behandlungsteam entscheidet über die Reihenfolge und die Intensität der einzelnen Therapiebausteine. Je nach Gruppenfähigkeit und Lernziel werden Einzel- und/oder Gruppensitzungen durchgeführt. Die Variation der Themen soll lebensnah und bedürfnisnah erfolgen, um das Therapieinteresse zu fördern.

Die allgemeinen Ziele der Interventionsphase I sind

- die Verbesserung der seelischen Gesundheit
- die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- die Verbesserung der emotionalen und sozialen Kompetenzen
- die Entwicklung von Empathiefertigkeiten
- die Erarbeitung von sozial erwünschter Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung
- sowie die Förderung der soziomoralischen Entwicklung.

Prozessziele und die dazugehörigen Methoden werden in Tabelle 2 beschrieben. Die in der Tabelle beschriebenen Therapierichtungen mit den dazu gehörigen Methoden sind (in der Regel) evidenzbasiert und für die Behandlung dieser schwierigen Klientel geeignet. Für jede Gefangene bzw. jeden Gefangenen/jede Untergebrachte bzw. jeden Untergebrachten werden die Prozessziele und Methoden nach Bedarf ausgewählt.

Alltagsstrukturierend finden alle bereits genannten Angebote aus der Orientierungsphase weiter statt. Zur Förderung der Gruppendynamik und Gestaltung des sozialen Lernumfeldes arbeitet die Station im Selbstmanagement mit wechselnden Verantwortlichkeiten. Dazu gehören u.a. Reinigung, Selbstversorgung, Freizeitgestaltung, Gruppensprecherin bzw. Gruppensprecher. Es werden Stationsämter mit begrenzten Verantwortlichkeiten zum Training der prosozialen Fertigkeiten vergeben.

#### Interventionsphase I

Therapiebausteine	Prozessziel	Methoden
Schematherapie	Umstrukturierung der maladaptiven Schemata im Rahmen der Therapie von Persönlichkeitsstörungen	Komplementäre Beziehungsgestaltung Einschätzung und Edukation der Schemata Kognitive Interventionen Erlebnisbasierte Interventionen Unterbrechung maladaptiver Verhaltensmuster
Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)	Erkennen dominanter Objektbeziehungsmuster; Analyse des Rollenwechsels (Opfer-Täter); Integration positiver und negativer Objekt- und Selbstanteile	Fokussierung auf affektiv dominante Objektbeziehung; Klärung und Konfrontation mit autodestruktiven Verhaltensweisen
integrative Suchttherapie	Suchtmittelabstinenz Klärung Verhaltenssuchte hinsichtlich Internet und Pornografiekonsum Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit Verbesserung der Lebensqualität	Psychoedukation Erarbeitung eines Notfallplanes Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien Veränderung von Lebensgewohnheiten Genusstraining Rückfallprophylaxe
Sexualtherapie mit der Möglichkeit	Erwerb von Verhaltens- und Impulskontrolle hinsichtlich	Einzeltherapie Phantasiekontrolle Aversionstherapie

antiandrogenen Behandlung	sexuell abweichenden Verhaltens Reduktion sexuell abweichenden Verhaltens	unterstützende Psychopharmakotherapie
Emotionales Kompetenztraining	Verbesserung der Stressregulation Verbesserung der Selbstwertregulation Verbesserung der Emotionsregulation	Gruppentraining mit Einzelübungen und Rollenspielen
Skills-Training	Verbesserung der Fähigkeiten zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen Verbesserung der Regulation von Stimmungsschwankungen Erhöhung der Spannungs- und Frustrationstoleranz Erhöhung der Achtsamkeit für sich und andere	Einzeltherapie Rollenspiele Erarbeitung eines Notfallkoffers mit individuell wirksamen Skills
Traumatherapie	Verarbeitung lebensgeschichtlicher Traumata	Einzeltherapie Psychoedukation Erarbeitung einer Traumalandkarte Imaginationsübungen Distanzierungsübungen Stabilisierung Arbeit mit dem inneren Kind Täterintrojektarbeit Traumaexposition
Modifikation der Risikobereitschaft	Wahrnehmung von Risikosituationen Spüren der eigenen Körpergrenzen Regulation der Furchtlosigkeit	erlebnisorientierte Einzel- und Gruppenübungen
Körperorientierte Therapie	Minderung psychischer Störungen	Selbsterfahrung des eigenen Körpers Arbeit am Körpergedächtnis
ADHS - Therapie	Reduktion der Beeinträchtigungen durch ADHS Verringerung der Impulsivität Erhöhung der Fähigkeiten zur Handlungsplanung	multimodaler Therapieansatz Psychoedukation Achtsamkeitsstraining Stresstraining Handlungsregulationstraining

Arbeitstherapie	Herstellung/Verbesserung der Erwerbstätigkeit berufliche Qualifikation Tagesstrukturierung Verbesserung der Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit Absprachefähigkeit und Zuverlässigkeit Selbstwertstärkung	Arbeitstätigkeit von 4 – 6 Stunden pro Tag
Hirnleistungstraining	Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten Verbesserung der Gedächtnisleistung Verminderung der Hospitalisierungseffekte	Einzeltraining PC-Training
Therapeutisches Spielen	Entwicklung prosozialer Fertigkeiten sinnvolle Freizeitgestaltung	Gruppenarbeit
Psychopharmakotherapie	Verbesserung der psychischen Gesundheit Schaffung einer Basis für weitere therapeutische Interventionen	Arbeit an der Compliance Psychoedukation

Tab. 2

## Interventionsphase II

Es wird davon ausgegangen, dass nur nach Erreichen eines gewissen Grades von seelischer Gesundheit und individueller Zufriedenheit im Sinne der dauerhaften Grundbedürfnisbefriedigung (z.B. nach Entscheidungsfreiheit, individuell möglicher Lebensgestaltung i.S. von Essen, Kleiden, Freizeitbeschäftigung) eine Auseinandersetzung in kriminaltherapeutischen Behandlungsformen mit den begangenen Straftaten möglich ist und eine ausreichende intrinsische Änderungsmotivation erreicht werden kann.

Die Planungsbasis für die Behandlung ist im Übergang in Phase II der antizipierte Rückfall. Dabei sind folgende Fragen handlungsleitend: „Unter welchen persönlichkeits-, umwelt- und situationsbedingten Faktoren würde im individuellen Fall ein einschlägiger Rückfall passieren? Welche der persönlichkeitsbedingten Risiken weist die Inhaftierte bzw. der Inhaftierte heute noch auf und welche Risikomanagementfähigkeiten besitzt sie oder er?“ Aus dieser diagnostischen Sichtweise leiten sich dann die weiteren Behandlungsschritte ab.

In der Interventionsphase II (überlappend zu I) werden folgende Hauptziele verfolgt:

- Entwicklung eines Modells des antizipierten Rückfalls

- Identifikation von Risiken und Erarbeitung von Handlungsstrategien
- Verringerung der Schuldexternalisierung, Übernahme von Verantwortung für eigenes Handeln
- Veränderung der kriminogenen Einstellungen und straftatrelevanten kognitiven Verzerrungen
- Erarbeitung eines individuellen Rückfallmanagementplanes mit Hilfsstrategien und konkreten Hilfequellen
- Erreichen von Compliance mit psychopharmakologischen und antiandrogenen Behandlungen in der Selbstverantwortung sowie von Maßnahmen des Übergangsmanagements, der therapeutischen Begleitung und Überwachung durch FA, ISIS etc.
- Planung der beruflichen und/oder schulischen Eingliederungsmaßnahmen und Schaffung der Voraussetzungen für die Umsetzung

Während der Interventionsphase II kann bei Bedarf die sozialtherapeutische Behandlung vorgesehen werden. Auch in diesem Modul ist das Prinzip des individuellen, bedarfs-, bedürfnis- und fähigkeitsgerechten Behandlungsplanes zu Grunde zu legen.

#### **2.2.2.4. Übergangsmodul**

Im Übergangsmodul sollen die erworbenen Strategien zunehmend gelockert und in abnehmender therapeutischer Begleitung erprobt werden. Der Kontakt und Übergang in die individuelle Entlassungssituation wird organisiert mit folgenden Prozesszielen:

- begleiteter Aufbau von sozialen Kontakten
- Gestufte Lockerungen
- Kontaktaufnahme mit externen Nachsorgeeinrichtungen und Entlassungsplanung
- Planung des Übergangs in Betreutes Wohnen oder Altenheim
- Herstellung einer Erwerbstätigkeit
- Planung und Kontakt mit anderen Institutionen des sozialen Lebens (z.B. ARGE, Wohnraumanbieter, Ambulanzen zur weiteren ärztlichen Versorgung/Medikation)

Ein Jahr vor dem möglichen Entlassungszeitpunkt erfolgt der Aufbau einer therapeutischen Beziehung zum Mitarbeitenden einer forensischen Institutsambulanz.

Die dortige therapeutische Nachsorge erfolgt im Sinne einer aufsuchenden Betreuung über die 5 Jahre der Führungsaufsicht.

### **3. Qualitätssicherung**

Der Kriminologische Dienst des Freistaates Sachsen (KD) ist beauftragt, die Qualität der Behandlung und Diagnostik bei Gefangenen mit angeordneter oder vorbehaltener Sicherungsverwahrung und Sicherungsverwahrten zu sichern. Ziel ist eine fachliche Prüfung, ob

die gesetzlichen Vorgaben zur individuellen, intensiven und freiheitsorientierten Behandlung umgesetzt wurden.

Die Qualitätssicherung der Behandlung umfasst die

- Qualitätssicherung für die Abteilung im Verlauf,
- die Mindeststandards für den psychologischen Dienst in den Sonderabteilungen sowie die
- Lockerungsprüfung durch den Expertenpool für Prognosefragen.

### **3.1. Qualitätssicherung im Verlauf**

Folgende Regelungen sind zu beachten:

- 4 Wochen vor einer Vollzugs- und Eingliederungsplanung sind das Formblatt 7 oder 7a aus den Mindeststandards sowie der aktuelle Band der GPA zu übersenden
- sofern nur die psychologische Intervention auf Formblatt 7 dokumentiert wird, muss aus einem Anschreiben zusätzlich hervorgehen, welche Maßnahmen durch andere Behandelnde erfolgten, mit welchem Ziel und welcher Methode und welche Planung dahingehend für den kommenden Fortschreibungszeitraum erfolgt
- die zuständige Fallbearbeiterin des KD übersendet innerhalb von 4 Wochen eine schriftliche Rückmeldung
- nach Erstellung des Vollzugs- und Eingliederungsplanes wird eine Kopie desselben mit Anlagen an den KD (elektronisch) übersandt
- alle Beschlüsse der Strafvollstreckungskammer sowie aktuell eingehende Gutachten werden dem KD in Kopie bzw. elektronisch übersandt
- auf Wunsch des Teams oder im Rahmen der Qualitätssicherung kann eine Fallkonferenz terminiert werden
- eine Teilnahme des KD an einer Vollzugsplankonferenz ist die Ausnahme

In bestimmten Fällen ist eine Verlängerung des Intervalls der Behandlungsdokumentation angezeigt. Wenn folgende Kriterien vorliegen, kann durch den KD das Intervall für die Vorlage der Behandlungsdokumentation (FB 7a) auf einmal jährlich verlängert werden

- mindestens 2 Jahre Aufenthalt in der Abteilung Sicherungsverwahrung
- offen bekundeter Mangel an bzw. Behandlungs- und/oder Veränderungsunfähigkeit über mind. 2 Jahre (UG haben keinen Behandlungsauftrag und bekunden keine Motivation für therapeutische Interventionen)
- chronifizierte Störungsbilder (wie z.B. progredient dementiell verlaufende Erkrankungen; hirnorganisch bedingte Störungsbilder), chronischer Drogenkonsum bzw. behandlungskonträre Dispositionen wie spezifisch ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierungen

Ein Vorschlag hierfür wird einzelfallbezogen durch das zuständige Behandlungsteam erarbeitet, aktenkundig vermerkt und dem Kriminologischen Dienst mit der Bitte um Zustimmung zugesandt. Über die Dauer der Regelung soll halbjährlich im Rahmen des Vollzugsplanes entschieden werden.

### 3.2. Mindeststandards für den psychologischen Dienst in den Sonderabteilungen

In 2017 wurden die Mindeststandards der Psychologinnen und Psychologen in den Abteilungen aSV, SV und Sozialtherapie eingeführt (siehe Intranetseite des KD). Die Mindeststandards enthalten verbindliche Regelungen zum Tätigkeitsbereich des psychologischen Dienstes zu den Fragen Diagnostik, Prognose, Intervention, vollzugliche Integration und Personal- und Organisationsentwicklung. Die in den Standards enthaltenen Formblätter sind zu nutzen und können auf der Intranetseite des KD heruntergeladen werden. Es erfolgt eine Qualitätssicherung durch den Kriminologischen Dienst (siehe oben).

### 3.3. Prüfung von Lockerungen

Werden für eine Gefangene bzw. einen Gefangenen mit angeordneter Sicherungsverwahrung oder einer bzw. einen Untergebrachten Lockerungen geplant, so muss eine Anlassdiagnostik beim Kriminologischen Dienst beantragt werden. Der Antrag muss konkrete Fragen und einen konkreten Plan für Lockerungen enthalten. Die Planung der Lockerungen soll langfristig erfolgen. Wenn alle Unterlagen zur Prüfung der Lockerungseignung vorliegen (also auch die EFP-Anlassdiagnostik), wird der Lockerungsplan in den Vollzugs- und Eingliederungsplan aufgenommen und dieser dann der Aufsichtsbehörde zur Zustimmung vorgelegt. Liegt zum Zeitpunkt der Lockerungsplanung ein aktuelles Sachverständigengutachten vor, in welchem auch Aussagen zur Lockerungseignung getroffen werden, muss trotzdem ein Antrag auf Anlassdiagnostik gestellt werden. Es erfolgt dann eine Schlüssigkeitsprüfung durch die Expertin bzw. den Experten des EFP. Werden weiterführende Lockerungen in längerem zeitlichen Abstand geplant, wird durch den EFP eine ergänzende Anlassdiagnostik zur vorliegenden ersten Anlassdiagnostik erstellt.

## 4. Evaluation

Die Evaluation beinhaltet:

- die bundesweite Erhebung der Strukturdaten- und Falldaten durch die Kriminologische Zentralstelle e.V. Es werden Daten der Institution als Stichtagserhebung (z.B. Personalstellen, Berufs- und Bildungsmaßnahmen, Gruppenangebote etc.) sowie Daten der Fallentwicklung (z.B. welcher Einzelbedarf, wann begonnen, wie beendet etc.) erhoben, sowie
- die sächsische Evaluation der Abteilungen für (a)SV. Folgende Erhebungsinstrumente sowie Zeitpunkte der Erhebung kommen zum Einsatz:

Zeitpunkt	Klientin Klient	bzw.	Abteilungsleitung	Bezugstherapeutin oder Bezugstherapeut
Stichtag 31.03.	--		Strukturdatenbogen	--

Zugang der Klientin bzw. des Klienten in die Abteilung (oder Start der Evaluation)	Zugangsfragebogen	Zugangsbogen (online)	--
Jährlich (bei 1. VZP-Konferenz im Jahr)	PPI-R + Verlaufsfragebogen	--	Verlaufsbogen (online)
Austritt der Klientin bzw. des Klienten aus der Abteilung (Entlassung oder Verlegung)	BFTB + (bei Entl. aus d. Vollzug:) Interview durch KrimD	Austrittsbogen	Falls mind. 3 Monate vergangen: Verlaufsbogen aktualisieren
Zeitpunkt	alle Behandelnden		
Kontinuierlich	Ziele und Methoden + Unspezifische Maßnahmen (online)		(online)

Den Abteilungen werden online Fragebögen (Intranetseite des KD) zur Verfügung gestellt.

Eine weitere Analyse beinhaltet die Erhebung von Rückfällen in der Haft bzw. in der Sicherungsverwahrung sowie bei Entlassung die Auswertung von BZR-Einträgen nach Katamnesezeiträumen von 3, 5 und 10 Jahren.

## **6. Psychohygiene und Supervision für Mitarbeiterende in den Abteilungen Sicherungsverwahrung und angeordnete Sicherungsverwahrung**

### **6.1. Problemstellung**

Mitarbeitende des Justizvollzuges erfüllen einen wichtigen sozialtherapeutischen Auftrag in ihrer Arbeit. Durch eine positive Gestaltung der sozialen Interaktionen, Konfliktmanagement, psychologische Deeskalation und prosoziales Modellverhalten sollen Inhaftierte und Untergebrachte bei der Verbesserung ihrer Sozial- und Kriminalprognose unterstützt werden. Bei Inhaftierten mit angeordneter Sicherungsverwahrung und Sicherungsverwahrten können aufgrund eines erhöhten Störungspotentials gehäuft Störungen in den Interaktionen, Kommunikationsprobleme und erhebliche Konflikte u.a. im Alltag beobachtet werden. Infolge des Motivierungsgebotes sind die Mitarbeitenden zu einer unermüdlichen Motivationsarbeit auch und gerade bei Inhaftierten/Untergebrachten, die jegliche Angebote (aggressiv) ablehnen,

aufgefordert. Aggressive Verhaltensweisen bei Inhaftierten und Untergebrachten erzeugen z.T. auch heftige emotionale Reaktionen bei den Mitarbeitenden, wodurch die Mitarbeitenden dieser Abteilungen einer besonderen psychischen Belastung ausgesetzt sind.

Hoffnung auf Veränderbarkeit, Gelassenheit und Stabilität sind unabdingbare Faktoren, die die Grundlagen einer erfolgreichen therapeutischen Arbeit bilden. Um diese Faktoren zu fördern und zu erhalten sind grundlegende und zusätzliche Maßnahmen notwendig, um eine (erfolgreiche) Arbeitsfähigkeit verfügbar zu haben sowie Burn-out Phänomenen vorzubeugen.

Die Kolleginnen bzw. Kollegen haben eigene Ideen und Veränderungsvorschläge mit eingebracht.

Das folgende Konzept bietet verschiedene Zugangswege.

## **6.2. Strukturelle Voraussetzungen**

Eine unabdingbare Voraussetzung für die Sicherung der Behandlungsqualität sowie einer effizienten Mitarbeitendenfürsorge sind stabile Behandlungsteams unter Berücksichtigung der im Behandlungskonzept definierten Anzahl der Mitarbeitenden der verschiedenen Professionen (siehe 1.5.).

## **6.3. Fortbildung**

Wissen und Fertigkeiten bieten eine unabdingbare Grundlage mit schwierigen Behandlungssituationen umzugehen. In folgenden Themenbereichen sollten alle Mitarbeitenden fortgebildet sein:

- psychische Störungen, besonders mit den Schwerpunkten Persönlichkeitsstörungen, Psychopathie und Sucht
- evidenzbasierte Behandlungsmodelle der Kriminaltherapie
- Mechanismen von Übertragung und Gegenübertragung
- Psychologische Deeskalation
- Motivierende Gesprächsführung
- Grundlagen der Kriminalprognose
- Gesundheitsmanagement und burn-out-Prophylaxe

## **6.4. Erfahrung sammeln und sich selbst erfahren**

Für mehr Handlungskompetenz und Handlungssicherheit sind Weiterbildungsveranstaltungen mit hohem Übungs- und Selbsterfahrungsanteil hilfreich. Folgende Themenschwerpunkte bieten sich an:

- Konfliktmanagement
- Nähe und Distanz
- Sicherheit und Gelassenheit

## 6.5. Supervision, Intervision und kollegiale Beratung

Supervision, Intervision und kollegiale Beratung sind wirksame Mittel der Qualitätssicherung sowie der Mitarbeitendenfürsorge. In den Diskussionen mit den Kolleginnen und Kollegen hat sich gezeigt, dass Supervisionsgruppen auch für die verschiedenen Professionen als notwendig eingeschätzt werden. Dabei ist zu beachten, dass die verschiedenen Professionen unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen haben. Daraus leitet sich ein differenzierter Supervision- und Intervisionsbedarf ab.

- regelmäßige Supervision im Team; dafür bieten sich folgende Modelle an:
  - Teamsupervision durch einen externen Supervisor
  - Supervision für die Mitarbeitenden des AVD durch die Leiterin des Beratungszentrums
  - eine Fallsupervision pro Klientin bzw. Klient pro Halbjahr für die Mitarbeitenden des PD bei einem externen Supervisor
  - Fallsupervision für die Gruppe der Mitarbeitenden des SD (abteilungsübergreifend) bei einem externen Supervisor
- regelmäßige Intervision (Fallkonferenzen) für die Mitarbeitenden des psychologischen Dienstes; dafür bieten sich folgende Modelle an:
  - Intervision in den Regionalgruppen für die Mitarbeitenden des PD
  - Intervisionsgruppe für die approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Anerkennung als Fortbildungsstunden durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
  - Fallkonferenzen unter Teilnahme des KD
  - kollegiale Beratung; in jeder Abteilung sollte mindestens eine Kollegin bzw. ein Kollege in kollegialer Beratung fortgebildet sein und bei Bedarf ein Beratungsangebot unterbreiten können

## 6.6. hilfreiche Auszeiten

Auszeiten von der Tätigkeit in den Behandlungsabteilungen sollten auf der Basis des individuellen Bedarfes gestaltet werden. Den Kolleginnen und Kollegen war es dabei besonders wichtig, Wahlmöglichkeiten sowie bei Abwesenheit eine Garantie für die Rückkehr in ihre Abteilung zu haben. Folgende Modelle bieten sich an:

- Personalrotation innerhalb der JVA für einen befristeten Zeitraum
- kurze Praktikumszeiten von ca. 4 Wochen in einer sozialen Einrichtung mit angeleiteter Reflexionszeit durch die Leiterin des Beratungszentrums
- lange Praktikumszeiten von ca. 6 Monaten in einer sozialen Einrichtung mit angeleiteter Reflexionszeit durch die Leiterin des Beratungszentrums

Nach einer Rückkehr soll eine begleitete Integration durch die Abteilungsleitung erfolgen.

## Literatur

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

Beaulieu, D. (2008). *Impact-Techniken für Psychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Dahle, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Regensburg: Roderer.

Myers, D. G., Hoppe-Graff, S. & Keller B. (2008). *Psychologie*. Berlin: Springer

Saimeh, N. (2012). *Biologische und psychodynamische Aspekte der Dissozialität im Einklang*. In: Wischka, B., Pecher, W. & van den Boogart, H. (Hrsg.). *Behandlung von Straftätern*. Herbolzheim: Centaurus-Verlag.

## Übersicht über die Behandlungsmodule

