

Liebe Leser*innen! Diese Ausgabe ist eine Zusammenfassung der Bachelorarbeit der Erstautorin Franziska Oettel. Während die meisten Ausgaben von „Daten & Dialog“ einen Überblick über einen Aspekt des Jugendstrafvollzugs geben, wird hier anhand einzelner Hypothesen und am Beispiel der Anti-Gewalt-/Anti-Aggressivitätsmaßnahmen der Frage nachgegangen, ob die Einführung der Modularen Behandlung im sächsischen Jugendstrafvollzug 2015 die „Versorgung“ mit solchen Maßnahmen verbessert hat.

Bedarf an und Verfügbarkeit von Anti-Gewalt-/Anti-Aggressivitätsmaßnahmen

Fragestellung

Im März 2014 thematisierte eine Ausgabe dieser Reihe die Verfügbarkeit von und Teilnahme der Jugendstrafgefangenen (JSG) an Behandlungsmaßnahmen im sächsischen Jugendstrafvollzug. Laut den zum damaligen Zeitpunkt vorliegenden Daten begannen nur 20 % der Jugendstrafgefangenen, die Bedarf an einem Anti-Gewalt-/Anti-Aggressivitätstraining hatten, eine entsprechende Maßnahme; bei sozialen Trainingsmaßnahmen waren es 24 % und bei beruflichen Qualifizierungskursen 60 % (Hartenstein, 2014a).

Um die festgestellten Versorgungslücken zu verringern, wurden 2015 die psychosozialen Behandlungsangebote der JSA organisatorisch und inhaltlich neu strukturiert. Die Umstellung erfolgte anhand zweier Modelle für effektive Straftäterbehandlung: Das Risk-Need-Responsivity-Modell (RNR-Modell) nach Bonta und Andrews (2016) formuliert als empirisch begründete Forderungen, dass Straftäter mit höherem Rückfallrisiko intensiver behandelt werden sollten („risk“), dass Behandlung sich auf individuelle kriminogene Faktoren beziehen sollte („needs“), und dass die Behandlung in einer Art und Weise durchgeführt werden sollte, die den Fähigkeiten und dem Lernstil des Behandelten entspricht („responsivity“). Das Good-Lives-Modell (GLM) nach Ward und Gannon (2006) basiert auf der Annahme, dass ein (ehemaliger) Straftäter, der in der Lage ist, seine Bedürfnisse auf sozial akzeptable Art und Weise zu stillen, mit geringerer Wahrscheinlichkeit sich oder anderen Schaden zufügt. Daher liegt hier der Fokus

darauf, mit den Klienten eine Vorstellung von einem in ihren Augen „guten Leben“ zu entwickeln und sozial verträgliche Strategien zur Umsetzung zu erarbeiten.

In einer Ende 2019 durchgeführten Untersuchung (Oettel, 2020) wurde am Beispiel von Anti-Gewalt-/Anti-Aggressivitätsmaßnahmen (AGAA-Maßnahmen) geprüft, ob durch die Umstrukturierung eine höhere Quote der Teilnahme an Behandlungsangeboten erreicht werden konnte. Konkret stellte sich nach der Analyse von 2014 die Frage, ob sich das Ausmaß der Bedarfsdeckung erhöht hat: Bekommt ein JSG mit Bedarf die benötigte Behandlung? Außerdem wurde betrachtet, inwiefern entsprechend der Empfehlung des RNR-Modells die Behandlung dem eingeschätzten Rückfallrisiko angepasst wird, und ob die Umstellung unter Einbeziehung des GLM geeignet ist, die Behandlungsmotivation zu erhöhen.

Daten und Auswertung

Die Untersuchung beruht auf Falldaten von 1181 JSG, die im Rahmen eines bundesländerübergreifenden Evaluationsprojekts seit 2011 in der Jugendstrafvollzugsanstalt Regis-Breitungen (JSA) erhoben wurden, sowie auf Daten aus dem Dokumentationssystem für die 2015 eingeführte Modulare Behandlung.

Das Alter der JSG variiert zwischen 15 und 27 Jahren, mit einem Mittelwert von 20,4 Jahren. 91 % der JSG besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft. Berücksichtigt wurden nur JSG, deren Haftdauer mindestens

Über Daten & Dialog

Die Reihe „Daten & Dialog“ informiert über Ergebnisse der Evaluation des Jugendstrafvollzugs in der sächsischen Jugendstrafvollzugsanstalt Regis-Breitungen. Jede Ausgabe widmet sich einem umgrenzten Aspekt des Jugendstrafvollzugs: mit Ergebnissen von Datenanalysen, Interpretationen und Denkanstößen.

Bisherige Ausgaben finden Sie im Internet unter <https://www.justiz.sachsen.de/kd/>.

Autor*innen: Franziska Oettel, Sven Hartenstein (verantwortlicher Redakteur), Sylvette Hinz und Maja Meischner-Al-Mousawi

Herausgeber:

Kriminologischer Dienst des Freistaates Sachsen
JVA Leipzig mit Krankenhaus
Leinestraße 111, 04279 Leipzig

Kontakt:

✉ kd@smj.justiz.sachsen.de
☎ 0341 8639-118
🌐 www.justiz.sachsen.de/kd/

6 Monate betrug. Die maximale Haftdauer lag bei über 4 Jahren; durchschnittlich betrug sie 13,8 Monate. Die am häufigsten genannten Anlassdelikte für die aktuelle Haftstrafe sind in Tabelle 1 aufgeführt. Bei diesen Angaben ist zu beachten, dass mehrere Delikte einer Person zugeordnet werden können.

Delikt-kategorie	Anzahl	Prozent
Diebstahl	648	55 %
Körperverletzung	491	42 %
Raub	256	22 %
Betrug	237	20 %
nach BtMG	164	14 %
gg. Freiheit	141	12 %
Verkehrsdelikte	122	10 %
Brandstiftung	30	3 %
Sexualdelikte	39	3 %
Mord	10	1 %
sonstige Delikte	491	42 %

Tabelle 1: Anlassdelikte für die aktuelle Haftstrafe

(„gg. Freiheit“ bedeutet Straftaten gegen die persönliche Freiheit, 18. Abschnitt des StGB. In den sonstigen Delikten ist beispielsweise die häufig auftretende Sachbeschädigung enthalten.)

Für die Auswertung wurden die JSG in 2 Gruppen eingeteilt, die die Insassen vor versus nach der Umstellung auf die Modulare Behandlung repräsentieren. Dazu wurden alle JSG, die die JSA vor dem Ende der ersten bekannten Gruppenmaßnahme der modularen Behandlung verließen und daher nicht als Teilnehmer einer Maßnahme infrage kamen, der Gruppe „vor der Umstellung“ zugeteilt. Die anderen JSG wurden der Gruppe „nach der Umstellung“ zugeordnet. Außerdem wurde für jeden JSG überprüft, ob er im internen Dokumentationssystem als Teilnehmer der Modularen Behandlung registriert wurde. Dies traf auf keinen JSG zu, der vor dem gewählten Datum inhaftiert war, weshalb die zeitliche Einschätzung beibehalten wurde. In Gruppe 1 (vor der Umstellung) befinden sich damit $n_1 = 641$ Personen, in Gruppe 2 (nach der Umstellung) $n_2 = 540$ Personen.

In der JSA Regis-Breitungen wird zu Beginn der Haftzeit von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes oder des Psychologischen Dienstes eingeschätzt, in welchen Bereichen Behandlung notwendig ist. So ist beispielsweise dokumentiert, ob ein JSG Bedarf an Sprach-/Integrationskursen, schulabschlussbezogenen Maßnahmen, Anti-Gewalt-/Anti-Aggressivitätstraining oder sozialtherapeutischer Behandlung hat. Ebenfalls wird festgehalten, ob ein JSG an einer entsprechenden Maßnahme teilnahm und ob die Teilnahme vorzeitig abgebrochen wurde. Während des gesamten Erhebungszeitraums wurde für 439 von 1181 JSG (37,2%) Bedarf an einer AGAA-Maßnahme festgestellt. Vor der Umstellung wurde für 216 JSG (33,7%) Bedarf dokumentiert, nach der Umstellung für 223 JSG (41,3%). Die Einschätzung des Rückfallrisikos in Bezug auf die Begehung von Gewaltstraftaten nach der Entlassung erfolgt ebenfalls zu Beginn der Haft und bezieht sich auf Deliktgruppen Mord und Totschlag, Raub beziehungsweise räuberische

Erpressung sowie Körperverletzungsdelikte (S. 11 Länderübergreifende Arbeitsgruppe der Kriminologischen Dienste, 2014). Die Einschätzung wird anhand einer vierstufigen Skala vorgenommen (von „nicht erkennbar“ bis „eher hoch“).

In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Hypothesen erläutert sowie die Ergebnisse dargestellt und diskutiert.

Zusammenhang von Rückfallrisiko und Behandlungsbedarf

Das RNR-Modell formuliert als eine zentrale Richtlinie bei der Behandlung von Straftätern, dass die Behandlung an das Risikolevel der jeweiligen Person angepasst werden soll. Mit Hochrisikotätern, also jenen, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit rückfällig werden, sollte intensiver gearbeitet werden als mit Tätern, deren Rückfallrisiko von vornherein niedrig ist. Hier genügt gegebenenfalls geringfügige oder sogar keine Intervention. Es soll hier anhand der Daten überprüft werden, ob die Behandlung den Personen zukommt, die sie am meisten benötigen.

Es wurde vermutet, dass es zwischen dem eingeschätzten Rückfallrisiko in Bezug auf die Begehung von Gewaltstraftaten und dem Behandlungsbedarf bezüglich AGAA-Maßnahmen einen positiven Zusammenhang gibt, das heißt, dass JSG mit hohem Rückfallrisiko im Bereich Gewalt häufiger Behandlungsbedarf in ebendiesem Bereich aufweisen. Zur Überprüfung dieser Vermutung wurde ein Korrelationskoeffizient verwendet, also ein Maß für einen statistischen Zusammenhang. Dieser beträgt $\rho=0,34$ ($p<.05$). Dieser mittlere Zusammenhang bedeutet, dass bei höherem Rückfallrisiko auch der Behandlungsbedarf der JSG höher eingeschätzt wurde.

Vor dem Hintergrund der Umstellung der Behandlung im Jahr 2015 wurde außerdem die Hypothese aufgestellt, dass dieser Zusammenhang seitdem höher ist. Dafür wurde der oben beschriebene Zusammenhang für die Gruppen „vor der Umstellung“ und „nach der Umstellung“ berechnet und verglichen. Für beide Gruppen zeigte sich wieder ein mittlerer Zusammenhang, der allerdings für die JSG, die nach der Umstellung inhaftiert waren, leicht erhöht war ($\rho_1=.31$, $p<.05$; $\rho_2=.38$, $p<.05$).

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Bedarf der JSG tendenziell passend zum Rückfallrisiko erhoben wird, und dass diese Passung seit Einführung der Modularen Behandlung etwas gesteigert wurde. Einschränkungen sind hier die Schwierigkeit bei der Erhebung von Rückfallrisiko und die Interpretierbarkeit solcher Daten. Zwar gibt es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zu deren Aufgaben die Einschätzung des Rückfallrisikos gehört, eine Ausfüllanleitung, die kurze Beschreibungen zu den einzelnen Einschätzungen bietet. Diese sind allerdings nur als moderate Standardisierung zu betrachten. So ist beispielsweise nicht vorgegeben, welche Informationen in die Einschätzung eingehen sollen.

Da es sich bei den JSG zum großen Teil um mehrfach strafrechtlich auffällige Jugendliche und Heranwach-

sende handelt, ist ein allgemein hohes Rückfallrisiko anzunehmen (Hartenstein, 2014b). Die verwendete vierstufige Skala zur Einschätzung des Risikos wird nur sehr eingeschränkt dazu geeignet sein, innerhalb dieser Gruppe zu differenzieren. Die Aussagekraft dieser Skala sollte empirisch untersucht werden.

Anteil der teilnehmenden JSG mit Bedarf

Nach der Betrachtung der Bedarfsermittlung in der JSA wurde nun der Fokus auf die Bedarfsdeckung gerichtet: Welcher Anteil der JSG mit Bedarf an einer AGAA-Maßnahme nimmt an einer solchen teil? Dazu wurde die Hypothese aufgestellt, dass der Anteil der JSG, der an einer AGAA-Maßnahme teilnimmt, sich seit der Einführung der Modularen Behandlung erhöht hat. Hier wurden nur jene JSG in die Analyse einbezogen, die im Bereich AGAA-Maßnahmen Bedarf aufwiesen. Vor der Umstellung haben 71 von 200 JSG (35,5 %) an einer Maßnahme teilgenommen, danach waren es 138 von 212 (65,1 %). Als statistisches Verfahren wurde ein 4-Felder-Chi-Quadrat-Test zur Prüfung der stochastischen Unabhängigkeit angewendet. Das Testergebnis ($\chi^2(1;N=412)=37.59, p<.05$) zeigt, dass nach der Umstellung auf die Modulare Behandlung ein signifikant höherer Anteil der JSG mit Bedarf an einer AGAA-Maßnahme teilnehmen konnte als zuvor, das heißt, dass die Umstellung auf die Modulare Behandlung einen positiven Effekt auf die Bedarfsdeckung hatte. Bei den JSG, die trotz Bedarfs an keiner AGAA-Maßnahme teilnahmen (insgesamt ca. 34 %), sind folgende Gründe genannt: 10 % der JSG mit Bedarf wurden als „zur Mitarbeit ungeeignet“ bezeichnet. Dies kann beispielsweise in den sprachlichen Fähigkeiten des JSG begründet sein oder in mangelnder Fähigkeit zum adäquaten und konstruktiven Verhalten in Gruppen. Bei 8 % wurde „aus anderen Gründen“ angegeben. 7 % der JSG mit Bedarf lehnten die Teilnahme ab, während bei 3 % die Maßnahme nicht angeboten wurde und bei 1 % die Maßnahmekapazität erschöpft war. 4 % konnten aus terminlichen Gründen nicht teilnehmen, etwa weil in der entsprechenden Zeit eine andere Maßnahme stattfand, und bei 2 % der JSG mit Bedarf war die Strafzeit für eine Maßnahmenteilnahme zu kurz. Mangelnde Verfügbarkeit gehört damit zu den am seltensten genannten Gründen dafür, dass ein JSG mit Bedarf an einer AGAA-Maßnahme nicht an einer solchen teilnahm.

Anteil der Abbrecher

Im Folgenden soll untersucht werden, inwiefern die Umstellung auf die Modulare Behandlung geeignet war, die Behandlungsmotivation der JSG zu erhöhen. Dazu wurde betrachtet, wie sich der Anteil der JSG entwickelt hat, die eine Maßnahme begannen und sie später auf eigenen Wunsch hin abbrachen. Auch hier wurde der Anteil vor beziehungsweise nach der Umstellung verglichen und vermutet, dass es seit der Einführung der Modularen Behandlung eine Veränderung gab. Aufgrund geringer Fallzahlen in einzelnen Kategorien wurde

hier ein Fisher-Yates-Test verwendet. Es wurden nur diejenigen JSG in die Berechnung einbezogen, die eine AGAA-Maßnahme begannen. Eine Veränderung der Abbrecherquote konnte anhand der vorliegenden Daten und des Testergebnisses seit der Umstellung nicht erkannt werden ($p=0.70, N=205$). Auch bei Berücksichtigung weiterer Abbruchgründe wie mangelnder Eignung des JSG, disziplinarischen Gründen, Verlegung in eine andere JVA, Entlassung und sonstige Gründe kann nicht von einer Veränderung ausgegangen werden ($p=0.41, N=205$). Anhand der vorliegenden Daten ist also kein Einfluss der Umstellung auf die Abbrecherquote oder die Behandlungsmotivation der JSG ersichtlich. Ein Grund hierfür ist, dass die Fallzahlen insgesamt sehr gering sind und damit ein eventuell vorhandener Unterschied möglicherweise nicht statistisch bedeutsam ist. Dass die Zahl der Abbrecher auch vor der Umstellung sehr niedrig war, kann zum einen für die Motivation der JSG sprechen, zum anderen für die Motivationsstrategien der verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ebenfalls ist zu beachten, dass es für einen JSG tendenziell nachteilig sein kann, eine Maßnahme abzubrechen oder die Teilnahme zu verweigern. Im Vollzugsplan festgelegte Behandlungsziele sollen während des Vollzugs möglichst vollständig erfüllt werden und eine vorzeitige Entlassung erfolgt beispielsweise mit geringerer Wahrscheinlichkeit, wenn dies nicht der Fall ist. Die Entscheidung, an einer Maßnahme bis zum Ende teilzunehmen, kann in der Praxis also auch in hohem Maß von äußeren Faktoren motiviert sein. Das GLM hingegen bringt Behandlungsmotivation mit der inneren Motivation in Verbindung, aktiv und selbstbestimmt Lebenszufriedenheit zu erreichen (Ward & Gannon, 2006). Inwiefern sich also anhand von Abbrüchen diese intrinsische Behandlungsmotivation messen lässt, ist fraglich. Mögliche weitere Erklärungen für Maßnahmenabbrüche können beispielsweise in der Beziehung zur behandelnden Person oder zu den anderen Maßnahmenteilnehmern liegen und damit nicht direkt in mangelnder Behandlungsmotivation. Hier wäre eine unabhängige Befragung von Maßnahmenteilnehmern möglicherweise aufschlussreicher.

Zusammenfassung

Bei der Einschätzung des Rückfallrisikos anhand einer vierstufigen Skala durch die Fachdienste handelt es sich um eine einfache Einschätzung und nicht um eine genaue Messung des tatsächlichen Rückfallrisikos. Die präsentierten Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass das Fachpersonal der JSA Regis-Breitungen die Behandlung der JSG seit der Umstellung auf die Modulare Behandlung besser auf die ihnen zur Verfügung stehenden Beurteilungen zum Rückfallrisiko anzupassen vermag. Dafür sprechen der insgesamt positive Zusammenhang zwischen dem Rückfallrisiko bzgl. der Begehung von Gewaltstraftaten und dem Behandlungsbedarf bzgl. AGAA-Maßnahmen sowie der größere Zusammenhang der beiden Variablen nach der Umstellung. Dass

die ermittelten Bedarfe an AGAA-Maßnahmen seit der Umstellung besser gedeckt werden können, zeigt sich an dem signifikant höheren Anteil an JSG, der nach der Umstellung bei Bedarf an einer entsprechenden Maßnahme teilnahm. Hinsichtlich des Anteils der JSG, die eine begonnene AGAA-Maßnahme vorzeitig abbrachen, an allen, die eine solche Maßnahme begonnen haben, zeigte sich in den vorliegenden Daten keine Veränderung. Diese vorwiegend positiven Beobachtungen sollten in weiteren Untersuchungen in Bezug auf andere Maßnahmenkategorien bestätigt werden, um eine umfangreichere Aussage über den Erfolg der inhaltlichen und organisatorischen Neustrukturierung treffen zu können. Auch die Einbeziehung von Rückfalldaten in weitere Untersuchungen ist wünschenswert.

Literatur

- Bonta, J. & Andrews, D. A. (2016). *The psychology of criminal conduct* (6. Aufl.). New York: Routledge.
- Hartenstein, S. (2014a). *Behandlungsmaßnahmen: Bedarf und Versorgung* (Daten & Dialog Nr. 2). Leipzig: Kriminologischer Dienst des Freistaates Sachsen. Zugriff unter https://www.justiz.sachsen.de/kd/download/daten-dialog-02_2014-03_bedarf-und-versorgung.pdf
- Hartenstein, S. (2014b). *Klienten im Jugendstrafvollzug: eine erste Beschreibung* (Daten & Dialog Nr. 1). Leipzig: Kriminologischer Dienst des Freistaates Sachsen. Zugriff unter https://www.justiz.sachsen.de/kd/download/daten-dialog-01_2014-01_klientenbeschreibung.pdf
- Länderübergreifende Arbeitsgruppe der Kriminologischen Dienste. (2014). Evaluation des Jugendstrafvollzuges. Ausfüllanleitung für die Falldatenerhebung. Unveröffentlichtes Dokument.
- Oettel, F. (2020). *Behandlung im sächsischen Jugendstrafvollzug: Bedarf und Verfügbarkeit von Anti-Gewalt-/Anti-Aggressivitätsmaßnahmen* (Unveröffentlichte Bachelorarbeit). Technische Universität Chemnitz.
- 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

Fragen, Anmerkungen, Ideen?

Wir freuen uns über Rückmeldungen zur Berichtsreihe allgemein oder zu einzelnen Ausgaben! Schreiben Sie an sven.hartenstein@jval.justiz.sachsen.de.
