



Prof. Dr. Torsten Klemm  
ISONA

## Risikomanagement und Resilienz im ambulanten Setting

"Praxisforum Hochrisikotäter und Sicherungsverwahrung"  
des Staatsministeriums der Justiz in Kooperation mit der  
sächsischen Landeszentrale für politische Bildung  
06.10.2015, Dresden

## „Rückfallrisiko“ oder „Rückfallgefahr“?

Niklas Luhmann (1927 – 1998):

- Unterscheidung zwischen Risiko und Sicherheit greift zu kurz, denn: jede Entscheidung birgt Risiken in sich
- entscheidend ist, wie jemand einem Risiko selbst gegenübersteht:
  - Wer die möglichen negativen Folgen einer Entscheidung beeinflusst, trägt ein „Risiko“, das dann selbst verantwortet werden muss.
  - Ist man jedoch von situativen Wirkungen betroffen, bezeichnet Luhmann dies als „Gefahr“.

## „Regenschirmrisiko“

Niklas Luhmann, in: „Die Moral des Risikos und das Risiko der Moral. Soziologie des Risikos“, 1981

„Wenn es Regenschirme gibt, kann man nicht mehr risikofrei leben: Die Gefahr, dass man durch Regen nass wird, wird zum Risiko, das man eingeht, wenn man den Regenschirm nicht mitnimmt. Aber wenn man ihn mitnimmt, läuft man das Risiko, ihn irgendwo liegenzulassen.“

→ **analog:** Wenn es Sicherungsmaßnahmen gibt, kann man nicht mehr ohne Risiko leben: Die Gefahr, dass ein Straftäter rückfällig wird, wird zum Risiko, das man eingeht, wenn keine Sicherungsmaßnahmen getroffen werden. Aber wenn man Sicherungsmaßnahmen trifft, geht man das Risiko ein, dass diese gar nicht auf die Situation passen.

## Risikomanagement

- = planvoller Umgang mit Risiken
- umfasst **Risikoidentifikation**, **Risikobewertung**, **Risikosteuerung** und **Risikokontrolle**
- Ansätze zur Risikobegrenzung:
  - **ursachenbezogen**: Risikovermeidung („Wegsperrungen für immer“), Risikominderung (Therapie)
  - **wirkungsbezogen**: Risikotransfer, Risikovorsorge (Notfallpläne)
- sehr beliebt: Risikotransfer = Übertragung des Risikos auf einen anderen Akteur, z.B. geschlossene Institution, Gutachter, Bewährungshelfer...

### → Wie wird das Risiko bewertet?

- Risiko = Produkt aus Eintrittswahrscheinlichkeit x Schwere des Schadens

### → Wer gilt als „Hochrisikotäter“?

- „Ein Hochrisikotäter ist, wer mit hoher Wahrscheinlichkeit Straftaten begehen wird, welche zu sehr schweren persönlichen, körperlichen oder psychischen Schäden führen können.“ (EU Justice Cooperation Network, Mindeststandards, 2011)

## State of the art der Kriminalprognose: aktuarische Verfahren

z.B. bei Sexualstraftätern: **Static-99** (Hanson & Thornton 2000)

- gilt gegenwärtig aufgrund seines umfangreichen Manuals und der vielfach replizierten moderaten bis guten Validitätsindices als das am meisten verwendete und am besten validierte standardisierte Prognoseverfahren für Sexualstraftäter, wird mittlerweile regelmäßig bei der kriminalprognostischen Begutachtung eingesetzt
- enthält 10 Items:
  - Young (< 25 Jahre),
  - **Ever** lived with an intimate partner – (mind. 2 Jahre),
  - **Index** nonsexual violence (NSV);
  - **Prior** nonsexual violence,
  - **Prior** sex offences,
  - **Prior** sentencing dates (> 4),
  - **Any convictions** for noncontact sex offences,
  - **Any** unrelated victims,
  - **Any** stranger victims,
  - **Any** male victims

→ Der Proband kann sich verändern wie er will, das ändert an der Prognose nichts, denn sie bezieht sich ausschließlich auf statische Faktoren

## Probleme mit der Kriminalprognose als Grundlage für die Behandlung

- der »Nicht-Rückfall« lässt sich besser vorhersagen als der Rückfall: nach 3,6 Jahren in weit weniger als 50% der highscorer wegen Gewaltdelikt verurteilt (Rettenberger, 2008)
- »falsch Positive«: umso höher, je niedriger die Basisrate: Nach Hood et al. (2002) überschätzt Static-99 bei Basisrate von 4% in 49 von 50 Fällen das Risiko (sic!!)

→ Alternative: LSI-R (dt.: Dahle et al.): 56 Items, Berücksichtigung dynamischer Faktoren wie Wohnen, Arbeit, Finanzen, Partnerschaft, Familie, kriminogene Einstellungen → sind prinzipiell veränderbar und Interventionen zugänglich

→ Sie haben Bedeutung für die ambulante Praxis im Umgang mit Straftätern

- Urbaniok (2006): Delikt als
  - spontane Reaktion in einer hochspezifischen Situation (z.B. Beziehungsmord)
    - geringeres Rückfallrisiko
  - Verhaltensmuster des Klienten, das in seiner Persönlichkeit begründet ist
    - höheres Rückfallrisiko

## Spezifik bei ehemaligen Sicherheitsverwahrten

- Nedopil (2005): Rückfallraten nehmen mit zunehmenden Alter ab
- Kinzig (2010): Mehrheit der SV-Entlassenen **älter als 50 Jahre**
- Janka et al. (2011, 43): »für die vergleichsweise seltenen einschlägigen Rückfälle älterer Sexualstraftäter [könnte] möglicherweise v. a. **die Kombination sowohl dissozialer als auch sexuell devianter Risikomerkmale** bedeutsam sein«.

→ Ist aufgrund der beobachteten »Vergreisung der Sicherungsverwahrten« (Kinzig 2010, 54) die Weisung nach § 68 b Abs. 1 StGB die adäquate Maßnahme?

→ „Konstruktive und innovative Neuregelungen lägen wohl eher in der entsprechenden Schaffung von Entlassungs- und Nachsorgeeinrichtungen (vgl. Kinzig 2010 a; Streng 2011)“ – Rita Haverkamp, Andreas Schwedler und Gunda Wößner

## Fallbeispiel

Ein Mensch ... wird zum „Fall“, indem in einer gewissen Weise über ihn geredet wird und so „Erwartungscollagen“ über ihn entstehen: Diagnosen, Persönlichkeitsprofile, Krankheitsbilder, Kriminalitätskarrieren, Aktennotizen ... sind „Fetische der Realität“. Sozialarbeiter können auf derartige Fetische nicht verzichten, wohl aber darauf, sie zu fetischisieren! (nach: Theodor Bardmann)

## Herr Müller

- Anlassdelikt: Herstellung von Kinderpornografie
- „nachträgliche SV“: drei Anwälte, Haus verkauft, rausgeklagt
- medialer Chor zur Entlassung: flashmob, Umzug alle zwei Tage von einem Hotel ins andere – die Journalisten haben trotzdem rausgefunden, wo er sich aufhielt
- freiwillige Unterbringung 14 Tage in ehemaliger Ausnüchterungszelle, danach bei Bekannten, dann im eigenen Wohnraum
- kriminologisch seitdem unauffällig
- aber sozial auffällig: extremer sozialer Rückzug, Anzeichen von Paranoia



## Resilienz: in aller Munde, nur nicht in der Kriminaltherapie?

→ Good-lives-Model (Ward & Marshall 2004)

Neuseeländischer Ansatz in der Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern ist ein schulenübergreifender, sowohl handlungspraktischer als auch kontextbezogener, ressourcenorientierter Ansatz: „**Werte leben**“

- life (Gesundheit und körperliche Widerstandsfähigkeit)
- knowledge (Wissen und Zugang zu Informationen)
- excellence in play (Hobbys und erfüllende Freizeitaktivitäten)
- excellence in work (Entwicklung von beruflicher Professionalität und Meisterschaft)
- excellence in agency (Selbstbestimmung, Einfluß, Selbstwirksamkeit)
- inner peace (innere Entspannung, emotionale Sicherheit)
- relatedness (Freundschafts-, Liebes- und Familienbeziehungen)
- community (gesellschaftliche Partizipation, Teilhabe in größeren Gruppen)
- spirituality (Kohärenzsinn, Empfinden der Sinnhaftigkeit des Lebens)
- pleasure (Freude, im Hier und Jetzt)
- creativity (Möglichkeit, sich selbst auf ungewöhnliche, alternative Weise auszudrücken).



## Die Entlassung – künstlich geschaffene Sollbruchstellen

- Feest (2007): die gestaffelten und auf verschiedene Institutionen verteilten Zuständigkeiten in der Resozialisierung Straffälliger = „organisierte Beziehungsabbruch“
- Bertram (2004): Fixierung des Strafvollzuges auf die Zeit zwischen Strafantritt und Entlassung verhindert **gleitende und weiche Übergänge**
- Maelicke (2010): die **Komplexeleistung Resozialisierung** hat an der Schnittstelle zwischen Vollzug und Freiheit bzw. Bewährungshilfe ihre größten Schwierigkeiten
- Goderbauer (2005): Übergang vom Strafvollzug in die Freiheit braucht Vorbereitung und **frühzeitige Einbeziehung aller Akteure**, Bewährungshilfe erfährt erst mit dem Beschluß von ihrer Zuständigkeit → **Risiko „Entlassungsloch“**

→ Herausforderung: Binnenorientierung und Zuständigkeitsdenken überwinden (Grosser & Himbert 2010, S.261): Aber wie???



## Selbstorganisierte Risiken beim Übergang in die Freiheit

- skurril: die Übersendung der Unterlagen bei FA nach Vollverbüßung einer mind. 2-jährigen Haftstrafe (§ 68f StGB) benötigen die längste Zeit (werden von der StVK an die FA und von der FA an die BWH versandt)
    - in der Praxis dauert dies ca. 6 Wochen = kritischste Phase nach Kerner
    - Verspätete Kontrolle von Weisungen zur Lebensführung (z.B. Abstinenzkontrollen)
  - Unterbrechung von in Haft begonnenen Behandlungen/Therapien
  - Fehlende Unterstützung bei Neuorientierung und Reintegration (besonders Lebensunterhalt und Unterkunft)
  - Zahl der gewährten Lockerungen ging in den letzten Jahren deutlich zurück (z.B. JVA Lübeck von 1995 bis 2005 von 2273 auf 754, Brandewiede (2007)).
  - JVAen sind teilweise nicht bereit, Ausgänge zur Bewährungshilfe zu gewähren (sic!)
  - Gefangene werden auch kurz vor der Entlassung nicht gelockert, da die Verantwortung für einen etwaigen Missbrauch noch bei der Anstalt läge.
- Risikosteigerung statt Risikomanagement ...

## Lösungswege einer effektiven ambulanten Nachsorge für Hochrisikotäter

- persönliche Kontinuität der entlassungsübergreifende Betreuung bei vorhandenem diagnostischen Gespür für Risikosituationen
- Ortskenntnis, Kenntnis lokaler Unterstützungsangebote, Fähigkeit zur Netzwerkarbeit
- Königsweg: die **Nachsorgekonferenz** bei besonders intensivem Hilfebedarf: der Gefangene, Fachdienste der JVA, Bewährungshelfer sowie Therapeuten, Betreuer aus Übergangswohneinrichtungen, Suchtberater und nicht zuletzt Angehörige oder ehrenamtliche Betreuer → Koordination der nach Entlassung von Hochrisikotätern angebotenen Maßnahmen hinsichtlich Wohnsituation, Ausstattungsanträgen, Arbeit, Finanzen, Behörden etc. („community guarantee“, multi-agency-working, reflecting team), Voraussetzung; Einwilligung in Informationsaustausch
- ausstehende gesetzliche Regelungen: der Anspruch des entlassenen Gefangenen, Unterstützung einzufordern

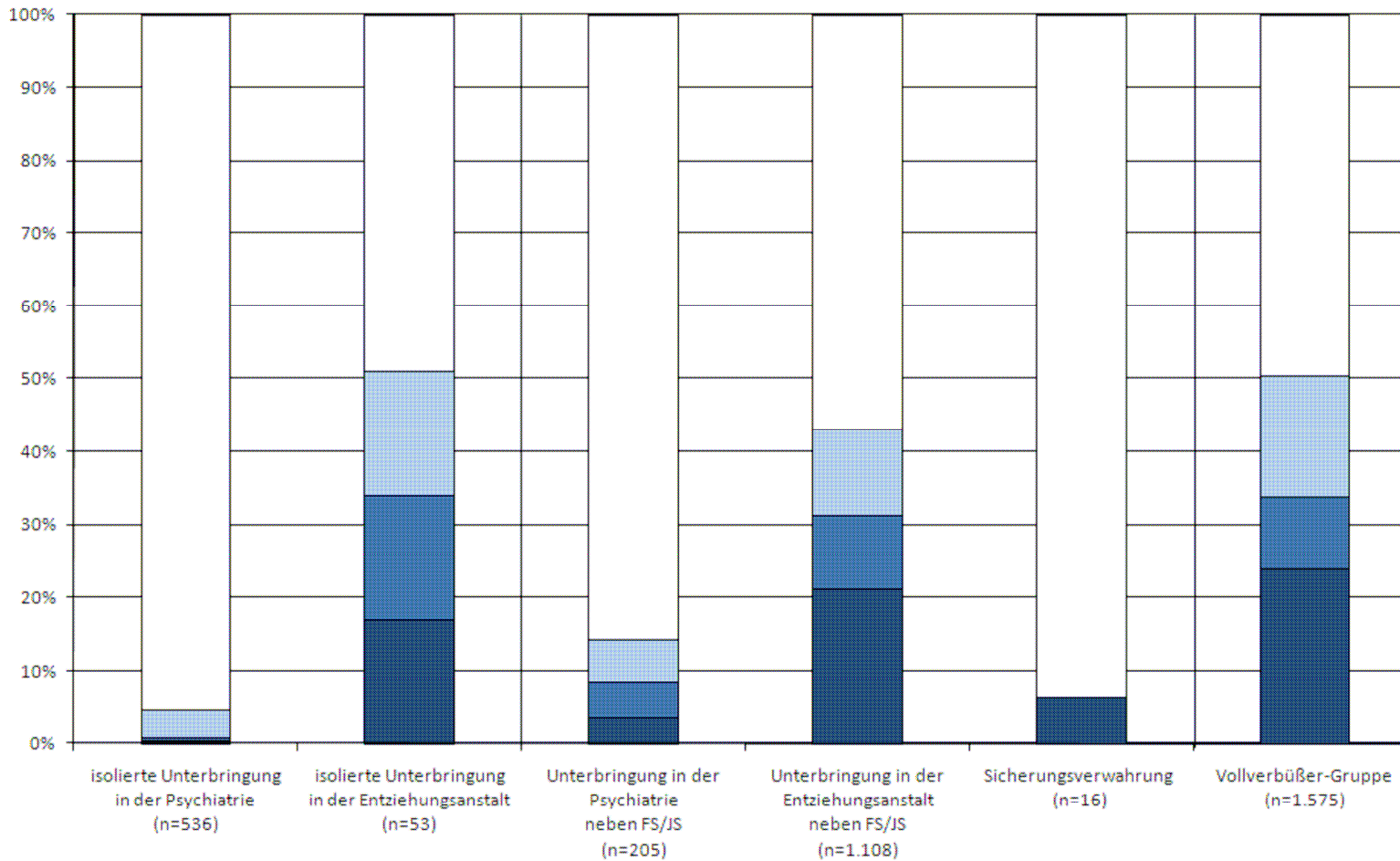


## Möglichkeiten und Grenzen des ambulanten Settings

Maßstab Rückfallquote?? (Jehle 2010), Katamnesezeitraum: 3 Jahre

- am höchsten: bei Verurteilungen zu unbedingten Jugend- und Freiheitsstrafen:
    - 69 % (Jugendstrafen) und 48 % (Erwachsenenstrafen)
    - am höchsten nach Freiheitsstrafen zwischen 6 und 24 Monaten – aber kein „Hochrisiko“, sondern eher „Bagatellen“
    - und bei Vollverbüßern
  - 5% nach isolierter Unterbringung in der Psychiatrie (§63)
  - 51% Schuldunfähige aus der Entziehung (§64), davon 17% Wiederaufnahme in Klinik
  - 6% Entlassene aus der Sicherungsverwahrung (N=16)
- Kinzig (2008, 2010): nur ein geringer Prozentsatz der als gefährlich eingestuften Straftäter wird wieder mit erheblichen Straftaten rückfällig; allerdings fiel die Mehrheit dieser Hochrisikogruppe **nicht erneut mit schwerwiegenden Straftaten** auf.
- **Personen, die eine Freiheitsstrafe verbüßen, haben ein signifikant höheres Rückfallrisiko als jene, die zu ambulanten Sanktionen verurteilt werden.**

FS/JS o. Bew.
  FS/JS m. Bew.
  sonstige ambulante Folgeentscheidung
  keine Folgeentscheidung



isolierte Maßregeln

Maßregeln mit Freiheits- o. Jugendstrafe

## Wann ist die kritische Zeit für Rückfälle?

- Nedopil (2005): **innerhalb der ersten 12 Monate** nach Entlassung kommt es bei 20% zu Wiederverurteilungen mit Straftat
- Feest (2007), Maelicke (2009): die **ersten sechs Monate** nach Entlassung sind am kritischsten
- Kerner (2003): 3-Phasen-Modell: am kritischsten **die ersten 6 Wochen** nach Entlassung, am zweitkritischsten die folgenden 6 Monate, danach die kritische Endphase von 3 Jahren bei Jugendlichen und 6 Jahren bei Erwachsenen → **Wer auch diese legal besteht, hat gute Chancen, auch die nächsten 10 Jahre straffrei zu leben.**
- Wirth (2009): 44% aller Rückfälle des Jugendvollzuges (Katamnesezeitraum 4 Jahre) in den ersten 6 Monaten, ebenso 41% der Neuinhaftierungen

→ **gilt nicht für Sexualstraftäter:** Sowohl Vergewaltiger als auch Kindesmissbraucher wurden frühestens nach 2 Jahren rückfällig. Selbst in der hoch rückfallgefährdeten Gruppe der Exhibitionisten gab es in dieser Untersuchung nur einen, der bereits nach einem Jahr wieder rückfällig wurde. Die meisten anderen Täter wurden erst Jahre, teilweise sogar Jahrzehnte später (bis zu 35 Jahre nach dem Anlassdelikt) rückfällig (Beier 1995).

## Orientierung an Rückfallfreiheit (statt an der Rückfallgefahr)

Was machen rückfallfreie „Hochrisikotäter“ anders?

→ fundamentaler Attributionsfehler in der Sozialpsychologie: Fehler werden Personen zugeschrieben statt Umständen (Aronson)

→ **analog:** fundamentaler Behandlungsfehler in der Kriminaltherapie: Man fokussiert Risikomerkmale aus der Vergangenheit statt sich in der Behandlung an dem zu orientieren, was rückfallfreie ehemalige Straftäter in der Gegenwart richtig machen



## Fallbeispiel: Herr Schmidt

- Ausgangslage: Keine Lockerungen bis zum Endtermin, nur Einzelausführungen, nach 23 Jahren Aufenthalt im Vollzug
  - Maßnahmen:
    - Gabe von triebdämpfenden Medikamenten (Androkur, intravenös)
    - Abstinenzkontrolle, Kooperation mit Bewährungshilfe
    - 14tägig bis 1 × Monat Einzelgespräch, keine Gruppe
- **Konflikte im Umfeld** bewältigen helfen, insb. mit Partnerin, Sohn und Nachbarn
- **Unterstützung** Umzug zur Partnerin (eigene Wohnung im selben Haus; sie ehm. Borderline-Patientin, (haben sich in Psychiatrie kennengelernt), obwohl dadurch „verbotener“ Sichtkontakt zu Kita möglich
- **Chance:** Reflexionsmöglichkeit und Steuerung, solange FA besteht, statt wenn 5-Jahres-Frist abgewartet wird

## Aufsuchende Sozialtherapie (multisystemic therapy)

- MST ist gegenwarts- und handlungsorientiert, fokussiert individuelle (z.B. kognitive) und systemische Faktoren (Schule, Peergroup etc.), maßgeschneidert und flexibel
- Therapieort: Wohnung des Klienten oder öffentliche Orte (z.B. Schule, Freizeiteinrichtung, Kirche...), Einbeziehung von **Angehörigen**: → Analyse der dyadischen Kommunikation, wie Konflikte eskalieren → Veränderungen in der Familienstruktur (Position, Hierarchie) führen zu Verhaltens- sowie Einstellungsänderungen des Klienten
- diagnostisches Ziel: die “Passung” zwischen Problemverhalten und Familien-/ Systemstruktur erkennen (“**Delikthypothese**”)
- Handlungsziel: empowering with the skills needed to independently address the difficulties
- Grundlagen: **Soziale Lerntheorie** (Bandura), **Strukturelle Familientherapie** (Minuchin), **Krisenbewältigungstheorie** (Wells), **ökosystemischer Ansatz** (Bronfenbrenner)
- Zeitaufwand: sehr hoch - soviel Zeit wie benötigt wird (24/7, 1x täglich, mehrmals wöchentlich, monatlich) in einem begrenzten Zeitraum

## Effektstudien zur multisystemischen Therapie mit Straftätern 1

Systemische und familientherapeutische Behandlungsansätze für Täter gelten mittlerweile in ihrer **Hochwirksamkeit** als empirisch abgesichert (RCT- Studien, siehe Borduin & Henggeler, 1990; Wells, 1995; Henggeler et al., 1998, Loeber & Farrington, 1998)

	home-based MST	stationäre Therapie (cognitive behavioral)
90 Tage Behandlungsteilnahme	95%	59%
vollständiger Abschluß der Behandlung	88%	24%
vollständige Behandlungsteilnahme bei Jugendlichen (120 Tage)	96%	78%

Tabelle: Effektivitätsvergleich zwischen multisystemischer und stationärer Therapie bei Drogenabhängigkeit nach Dakof et al. (2003)

- Die Wirkeffekte lassen sich in unterschiedlichen Stichproben nachweisen (verschiedene Länder, Altersgruppen, beide Geschlechter, Anlaßprobleme).

## Effektstudien zur multisystemischen Therapie mit Straftätern 2

- Die **Effekte der MST** erweisen sich gegenüber anderen **state-of-the-art Verfahren** **signifikant größer und nachhaltiger**, einschließlich Familien-Gruppentherapie, kognitiv-behavioraler Einzeltherapie, Peer-Gruppentherapie und einsichtsorientierte Einzeltherapie (vgl. Liddle & Dakof 2002).
- MST zeigt Wirkung auch bei **schwerwiegend komorbiden** Klienten, bei denen z.B. Drogenabhängigkeit und Delinquenz gepaart auftreten.
- **Psychiatrische Symptome** werden durch MST stärker minimiert als durch kognitiv-behaviorale Therapien (zwischen 35% bis 80%).
- Nach kognitiv-behavioralen Therapien treten häufiger als nach MST emotionale und verhaltensbezogene **Rückfälle** auf.
- Teilnehmer an MST kehren häufiger in ihre begonnene **Ausbildung oder Schule** zurück (43% bei MST vs. 17% bei Familien-Gruppentherapie vs. 7% bei Peer-Gruppentherapie, vgl. Rowe et al. 2004).
- Die **Delinquenzneigung** wird durch MST signifikant stärker verringert als durch Peer-Gruppentherapien (gemessen anhand der Zahl der Arreste, Verurteilungen und Bewährungswiderrufe innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsende).

## Effektstudien zur multisystemischen Therapie mit Straftätern 3

– Die Gesamtkosten für MST sind **deutlich geringer** als in üblichen Einzeltherapien oder stationären Behandlungen: Für eine MST (\$164 pro Woche) sind ungefähr 15% der Kosten einer stationären Behandlung (\$1,068) aufzuwenden und etwa die Hälfte einer gemeindenahen Psychiatriebehandlung (\$365) – diese Zahlen gelten für die USA. Eine Intensiv-MST wird mit durchschnittlich \$384 je Woche angesetzt.

– Volkswirtschaftliche Ersparnisse im Vergleich (Aos, 2006) pro Gefangener:

• Multisystemische Pflegefamilietherapie	77 T \$
• Übergangsbegleitung	40 T \$
• Familientherapie	31 T \$
• MST	18 T \$
• Berufsausbildung	13 T \$
• BPS für Jugendliche	7 T \$

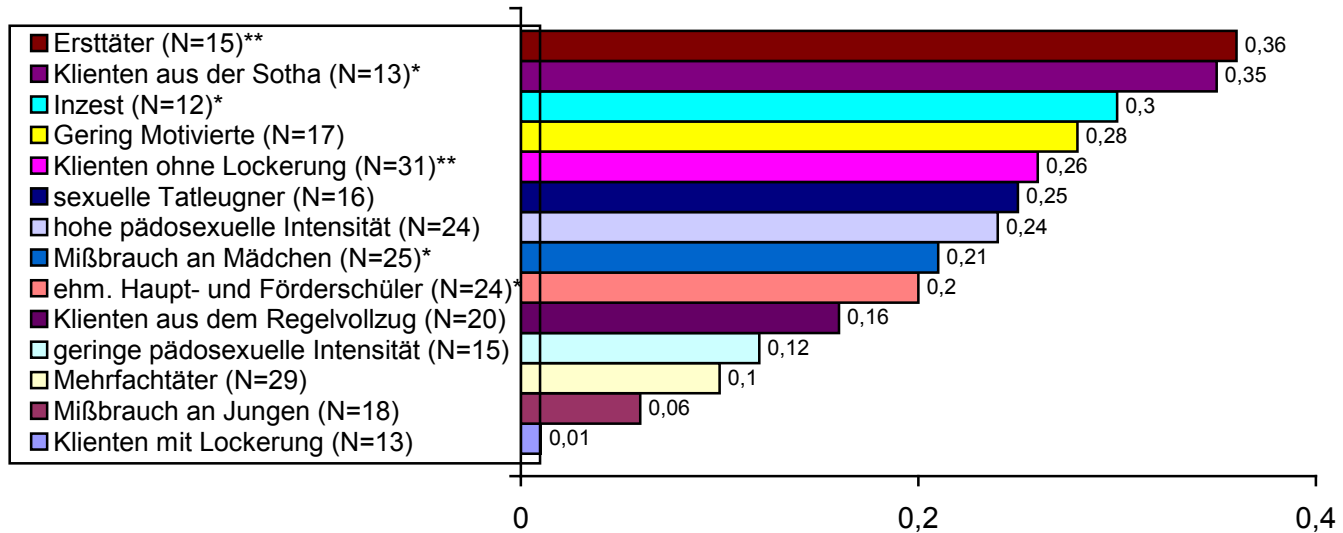
## Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders

Cindy M. Schaeffer & Charles M. Borduin (2005), Journal of Consulting and Clinical Psychology

- Henggeler, Melton, Smith, Schoenwald, & Hanley, 1993) showed that **MST reduced incarceration by 64%** at a 59-week follow-up and doubled the survival rate (i.e., percentage of youths not rearrested) at a 2.4-year followup.
  - Similarly, with a sample of chronic juvenile offenders, Borduin et al. (1995) found that MST produced a **63% reduction in rearrests** for violent and other serious crimes at a 4-year follow-up.
- MST is a promising approach to the treatment of serious antisocial behavior
- In this study (N=176) MST participants had **54% fewer arrests** and 57% fewer days of confinement in adult detention facilities on average 13.7 (range \_ 10.2–15.9) years later when participants were on average 28.8 years old. This investigation represents the longest follow-up to date of a MST clinical trial and suggests that MST is relatively effective in reducing criminal activity among serious and violent juvenile offenders.

## Wer profitiert in Sachsen von der ambulanten Nachsorge?

Modellprojekt JVA Waldheim – HTWK Leipzig, 2008 – 2011



→ Lockerung ist ein wesentlicher, unersetzlicher Bestandteil des Übergangsmanagements

→ Oder: Stellt mehr Personal für Nachsorge ein, wenn ihr den Vollzug nicht lockert

→ Investiert in Therapien statt in Gefängnisneubauten, aber nicht nur in sog. „Richtlinien-Verfahren“ der Kassenärztlichen Vereinigung

## Fazit: Was brauchen entlassene „Hochrisikotäter“?

- Unterstützung in der Gestaltung einer stabilen Alltagsstruktur (Wohnung, Beschäftigung, Finanzen, Freizeit, Partnerschaft, Familie)
- verlässliche, personell kontinuierliche therapeutische Beziehung
- Unterstützung in dem Bemühen, Fremdkontrolle (FA) sukzessive durch Selbstkontrolle zu ersetzen (Sensibilisierung für Risikosituationen, Befähigung, Weisungen einzuhalten, Erarbeitung eines Notfallplans etc.)
- Vernetzung und Kooperationen mit anderen Hilfsangeboten vor Ort, z.B. Betreutes Wohnen, Schulden-, Suchtberatung, Urologe
- u.U. Medikation

→ Individuell unterschiedliche Unterstützungsbedarf und –intensität (von Auflagenüberwachung bis aufsuchende Sozialtherapie)



## Vgl. Bundesverfassungsgericht vom 04.05.2011:

- Notwendig sind: (Europ. Gerichtshof für Menschenrechte zu Art. 7 Abs. 1 EMRK)
  - ein hohes Maß an Betreuung durch ein **multidisziplinäres Team** sowie intensive und individuelle Arbeit mit den Untergebrachten anhand zu erstellender **individueller Pläne**
  - **zeitiger Beginn** der erforderlichen psychiatrischen, psycho- oder sozialtherapeutischen Behandlung mit der gebotenen hohen Intensität
  - Minimierung von Risikofaktoren bei **Stärkung schützender Faktoren**
  - ausreichendes **Angebot an Einrichtungen** (forensische Ambulanzen, Einrichtungen des betreuten Wohnens )
  - **strukturierte Kooperation der Anstalten mit Nachsorgeeinrichtungen** sowie der Schaffung eines gesicherten sozialen Empfangsraums
  - **Aufbau von Netzwerken** und geeigneten Organisationsstrukturen
- „Erweisen sich standardisierte Therapiemethoden als nicht erfolversprechend, muss ein individuell zugeschnittenes Therapieangebot entwickelt werden (Individualisierungs- und Intensivierungsangebot).“

# Einladung zum 4. Sozialtherapeutischen Fachtag

am 17. November 2015

an der HTWK Leipzig

mit Bernd Maelicke

Anmeldung: [www.isona.net](http://www.isona.net)

