

# Anforderungen an Behandlungsteams und Klienten in der stationären Behandlung psychisch gestörter Straftäter

**Anforderungen im Strafvollzug nach Art. 59 Abs. 3 StGB am Beispiel der Forensisch-Psychiatrischen Abteilung im Justizvollzug Zürich**

**Bernd Borchard, Niels Habermann, Matthias Stürm, Frank Urbaniok**

Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Zürich, Switzerland

Funding/potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## Summary

*Demands on management teams and clients in inpatient treatment of mentally ill offenders in imprisonment under Criminal Code Art. 59 para. 3 exemplified by the forensic psychiatry department of Zürich prison system*

Modern forensic inpatient measures as applied in the forensic-psychiatric department (FPA) of Pöschwies prison institute offers and individually tailored therapy combining three interrelated approaches:

1. offence-oriented individual or group therapy;
2. personality-centred individual or group therapy;
3. personality-centred and offence-oriented environmental therapy.

Forensic management teams should offer a highly professional therapy concept based on binding principles, in an atmosphere of security at all relevant levels and in a comprehensive, reliable and verifiable manner. The necessary 10 principles were presented and defined with respect to their relevance (uniformity, diversity, openness, transparency, information flow, independence, therapeutic optimism, respect, professional welfare and treatment by motive-oriented forming of relationships, a common idea of the client).

With respect to the indications and contraindications for inpatient treatment of mentally disturbed offenders in prison, the chief issue is not diagnoses or the expressed or recognisable will of the offender. Rather, in each individual case specific questions arise regarding dangerousness, the type and extent of the mental disturbances or syndromes related thereto and the prospects for treatment, defined as emotional, social and cognitive influenceability or mental permeability. In the expert assessment of a treatment indication for an inpatient forensic measure the issue is the extent of the client's alienation from basic psychological needs and motives. What is involved is at least a rudimentary access to his own affects, cognitions, attitudes, schemes, a positive "irritability" regarding disturbed perception, interpretation and behaviour models. What is needed is at least the first signs of a group ability, meaning a genuine possibility of contact with others, i.e. interactions which do not appear to be exclusively marked by tactical and manipulative considerations. In addition the client needs a minimum of coping ability and skill for critical-constructive feedback. Relevant positive and negative criteria were proposed. Finally, the problem of misplacements in forensic-inpatient treatment settings or the concept of untreatability from the viewpoint of the treatment team, and of the client to be treated, were critically discussed.

*Key words: forensic psychiatry; offender therapy; teamwork; personality disorders*

Correspondence:  
Bernd Borchard, MD  
Psychiatrisch-Psychologischer Dienst  
Amt für Justizvollzug  
Feldstrasse 42  
CH-8046 Zürich  
Switzerland  
bernd.borchard[at]ji.zh.ch

## Einleitung und gesetzliche Grundlage

In zwei Artikeln wurde an selber Stelle das Ambulante Intensivprogramm (AIP) für hoch rückfallgefährdete Gewalt- und Sexualstraftäter dargestellt. Da die im AIP seinerzeit behandelten Insassen später auch in anderen Therapieangeboten (weiter)behandelt wurden, parallel bereits andere Gruppentherapien stattfanden und die Fallzahlen der ursprünglich und ausschliesslich im AIP behandelten Klienten sehr klein war, war von Anfang an klar, dass keine separate, allein auf das AIP bezogene Outcome-Studie vorgelegt werden konnte. Allerdings wurde die damals als Projekt durchgeführte intramurale Intensivtherapie durch eine externe Expertenkommission begleitet und positiv evaluiert. Darüber hinaus wird die Wirksamkeit sämtlicher deliktpräventiver Therapieangebote des PPD, bei denen Gruppentherapien einen zentralen konzeptionellen Schwerpunkt bilden, seit 1997 in einer langfristig angelegten und fortlaufenden Studie evaluiert. Vor diesem Hintergrund und den Empfehlungen des Expertenberichtes vom 25. Juli 2005 folgend wurde das AIP ab dem Jahr 2006 in ein differenziertes gruppentherapeutisches Regelversorgungsangebot überführt. Die eingeschlagene Richtung wird durch die mittlerweile vorliegenden Evaluationsergebnisse unterstützt. In der Zürcher Forensikstudie zeigte sich für die durch den PPD therapierten Täter im Vergleich zur Kontrollgruppe eine knapp 50%ige Reduktion der Rückfallraten [1]. Der Befund konnte jüngst an einer mittlerweile grösseren Stichprobe und mit längerer Beobachtungszeit repliziert werden, indem im Vergleich zur nichttherapierten Kontrollgruppe eine Reduktion der Rückfälligkeit um 63% und bei Berücksichtigung gewichteter Erwartungswerte um 79% dokumentiert werden konnte [2].

Die damals als Projekt durchgeführte intramurale Intensivtherapie ist aufgrund ihres erfolgreichen Verlaufs zu einem festen Bestandteil der deliktpräventiven Regelversorgung geworden. Sie ist seit nunmehr fünf Jahren in Form intensiver Therapiegruppen in die gruppentherapeutische Angebotspalette der Strafanstalt Pöschwies, der grössten Strafanstalt der Schweiz, überführt worden.

Am 1. September 2009 ist nun im Zusammenhang mit der am 1. Januar 2007 in der Schweiz in Kraft getretenen Strafrechtsrevision erstmals in der Schweiz ein neues intensives Behandlungsangebot zum Vollzug stationärer therapeutischer Massnahmen in der Strafanstalt Pöschwies eröffnet worden. Ähnliche Angebote befinden sich auch in anderen schweizerischen Anstalten im Aufbau oder sind geplant.

Forensisch-psychiatrische bzw. therapeutische Abteilungen für stationäre Massnahmen innerhalb des Strafvollzugs der Schweiz sind in erster Linie für die Behandlung von gefährlichen Straftätern mit psychischen Störungen nach Art. 59.3 StGB konzipiert. Der Stellenwert einer solchen Behandlung wurde durch das neue Strafgesetz gestärkt. So kann das Gericht gemäss Art. 59 StGB generell eine stationäre Behandlung anordnen, wenn der Täter psychisch schwer gestört ist, eine Tat begangen hat, die mit der Störung im Zusammenhang steht und zu erwarten ist, dass durch eine geeignete Behandlung der Gefahr weiterer Straftaten begegnet werden kann.

Zudem müssen Verwahrungen alle zwei Jahre daraufhin überprüft werden, ob bei einem Inhaftierten eine Therapie erfolgreich durchgeführt werden kann. Ist dies der Fall, dann muss die Verwahrung in eine stationäre Massnahme nach Art. 59 umgewandelt werden.

Neu ist es möglich, stationäre Massnahmen auch in einer geschlossenen Straf- bzw. sinngemäss Justizvollzugsanstalt durchzuführen. So wird in Art. 59 Abs. 3 festgehalten, dass geistig abnorme Täter in einer geschlossenen Strafanstalt behandelt werden können, sofern dort die nötige Therapie durch Fachpersonal gewährleistet ist und die Gefahr besteht, dass der Täter flieht oder weitere Straftaten begeht [3].

Insbesondere zur Behandlung persönlichkeitsgestörter hochgefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter entstehen in der Schweiz seit 2009 im Strafvollzug forensisch-psychiatrische Behandlungseinrichtungen. Die Forensisch-Psychiatrische Abteilung (FPA) für stationäre Massnahmen nach Art. 59 der Justizvollzugsanstalt Pöschwies und des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes (PPD) verfügt über 24 Behandlungsplätze.

Die Anordnung einer stationären Massnahme nach Artikel 59 ist vor allem gegenüber zwei anderen Massnahmen abzugrenzen. Sind bei hoher Gefährlichkeit die Behandlungsaussichten so unsicher, dass innerhalb von fünf Jahren nicht von einer deutlichen Senkung des Rückfallrisikos auszugehen ist, dann ist die Anordnung einer Verwahrung nach Art. 64 indiziert; das Bundesgericht präziserte dazu: *«Die stationäre therapeutische Massnahme kann angeordnet werden, wenn im Zeitpunkt des Entscheids die hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dadurch lasse sich die Gefahr weiterer Straftaten deutlich verringern. Somit reichen einerseits die bloss vage Möglichkeit einer Verringerung der Gefahr und andererseits die Erwartung einer lediglich minimalen Verringerung nicht aus. Bezogen auf den Zeitraum ist davon auszugehen, dass gemäss Art. 59 Abs. 4 Satz 1 StGB die stationäre therapeutische Massnahme in der Regel höchstens fünf Jahre beträgt. Daher muss grundsätzlich im Zeitpunkt des Entscheids die hinreichende Wahrscheinlichkeit bestehen, dass sich durch eine stationäre Behandlung über die Dauer von fünf Jahren die Gefahr weiterer mit der psychischen Störung in Zusammenhang stehender Taten deutlich verringern lässt. Es ist indessen nicht die hinreichende Wahrscheinlichkeit erforderlich, dass nach einer stationären Behandlung von fünf Jahren die Voraussetzungen für eine bedingte Entlassung aus der stationären Massnahme gemäss Art. 62 Abs. 1 StGB erfüllt sind, dass mithin ein Zustand erreicht wird, der es rechtfertigt, dass dem Täter die Gelegenheit gegeben wird, sich in der Freiheit zu bewähren.»*<sup>1</sup>

Ist eine geringere Behandlungsintensität ausreichend, dann sollte in der Regel die Anordnung einer ambulanten

strafvollzugsbegleitenden Massnahme nach Art. 63 erfolgen. Die stationäre Massnahme nach Art. 59 kommt daher bei den Tätern in Frage, bei denen bei hohem Risiko eine sehr hohe Behandlungsintensität erforderlich ist und/oder der Richter aufgrund einer unsicheren Erfolgsaussicht – im Unterschied zur ambulanten Massnahme nach Art. 63 – kein von vornherein feststehendes Entlassungsdatum aus der institutionellen Unterbringung festschreiben will. Wichtigstes Ziel der stationären Massnahme ist im Sinne des Opferschutzes die möglichst nachhaltige Reduktion von Rückfallrisiken.

Am erfolgversprechendsten ist dabei die Umsetzung einer alltagsnahen Kombination aus einer deliktorientierten und einer auf die individuelle Persönlichkeit zugeschnittenen Behandlung. Der Täter soll Experte seiner problematischen und deliktrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen werden; dies zum einen über eigenes effektives Risikomanagement, zum anderen über eine erfolgreiche Behandlung der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörungen und Problembereiche.

### Behandlungssetting und -konzept

Das neue Behandlungsangebot der FPA ergänzt bzw. verbindet entsprechend der o.g. Grundgedanken bereits bewährte delikt- und persönlichkeitsorientierte Therapieangebote [4, 5] durch eine deliktorientiert ausgerichtete Milieuthherapie. Schon an anderer Stelle (vgl. AIP-Artikel) wurde detailliert auf die Ergebnisse der Evaluationsforschung zur Wirksamkeit von Straftätertherapien eingegangen. Zusammenfassend kann heute nach wie vor davon gesprochen werden, dass aufgrund verschiedener methodischer Herausforderungen insbesondere Fragen zu differenziellen Strategien für bestimmte Untergruppen von Straftätern offen sind. Weiterhin besteht ein grosser Bedarf an qualitativ hochwertigen Studien, in denen vor allem die jeweiligen Populationen gut dokumentiert sind, um Interdependenzen kontrollieren zu können. Auch ist mittlerweile eine deutliche Skepsis an der Verwendbarkeit von Metaanalysen für die Evaluation von Straftätertherapien angebracht [6]. Unter Berücksichtigung neuerer Arbeiten [7] und der oben bereits dargestellten eigenen Evaluationsergebnisse stellt sich aber der grundsätzliche Befund, dass sich durch geeignete Straftätertherapien Rückfallquoten zum Teil erheblich senken lassen, unverändert robust dar.

Die intensive Milieuthherapie ist der wesentliche praktische Unterschied in der Durchführung einer stationären Massnahme nach Art. 59 Abs. 3 und einer strafvollzugsbegleitenden ambulanten Therapie nach Art. 63. Die deliktorientierte Milieuthherapie ist durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

- Unterstützung von Entwicklungsprozessen und Lernbereitschaft der Klienten durch ein Veränderung förderndes Umfeld;
- Aktivierung, Erhalt und Ausbau individueller Ressourcen;
- kontinuierliche Anwendung reflektierender und korrigierender verhaltensbezogener Interventionen, die

<sup>1</sup> BGE 134 IV 315 S. 321.

insbesondere auf das spezifische Problemprofil des Massnahmeklienten fokussiert sind;

- allgemeines und spezifisches Training sozialer Kompetenzen, Anleitung und Unterstützung in Alltagsfragen;
- Etablierung bzw. Stabilisierung prosozialer Kontakte und Beziehungen (intern und extern); um soziale Unterstützung und Sympathie werben lernen;
- praktisches und interaktionelles Problemlösetraining;
- lernen bzw. ausdifferenzieren, Feedback zu geben und annehmen zu können;
- Vermittlung emotional korrigierender Erfahrungen im Rahmen verlässlicher therapeutischer Beziehungen (motivorientierte Beziehungsgestaltung nach Grawe; Bezugspersonensystem);
- Vertiefung und Integration der inhaltlichen Auseinandersetzung der deliktorientierten und persönlichkeitsbezogenen Behandlung durch Nachbereitung und gezielte Interventionen im Alltag;
- Einüben von aktivem Risikomanagement und allgemeinen Copingstrategien im Alltag;
- Informationsvermittlung zu therapierelevanten Themen;
- Stärkung beruflicher Fertigkeiten / Förderung beruflicher Perspektiven.

In einer forensischen Behandlungsabteilung soll möglichst viel soziales Leben möglich sein, nicht zuletzt um die Entwicklung und alltägliche Verbesserung von Beziehungsfähigkeit und Beziehungsgestaltung zu fördern. Zudem ist die Bereitschaft des Einzelnen, etwas Neues und vielleicht Angstbesetztes zu lernen, deutlich höher, wenn er sich (den Umständen einer freiheitsentziehenden Situation entsprechend) wohl fühlt.

Es braucht also eine ansprechende Stationsatmosphäre (Farben, Formen, Gestaltung, Pflanzen etc.) mit vielen alltäglichen Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten; soziale Gruppen auflösende Einschlusszeiten werden so kurz wie möglich gehalten, und es sollte viele Räume und Gelegenheiten für gemeinsame Unternehmungen geben.

Wo immer umsetzbar, sind umfassende und praktische Möglichkeiten zur selbstverantwortlichen Aufgabenerledigung, zur Alltags- und Lebensgestaltung zu geben (Waschen, Backen, Kochen, Gestalten).

Dass dabei differenzierte und bewährte Sicherheitskonzepte jederzeit beachtet werden und Anwendung finden, ist selbstverständliche Grundlage der Behandlung.

Die Behandlung gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter im stationären Setting ist insbesondere zu Beginn im Hochsicherheitsbereich im Wortsinn «geschlossen» durchzuführen. Keinen direkten Kontakt zur Aussenwelt zu ermöglichen sollte jedoch in einer auf Deliktprävention und Resozialisierung ausgerichteten Behandlung lediglich die initiale Anfangs- und damit Ausnahmesituation sein. Milieutherapeutische Behandlungsteams mit hoher therapeutischer Kontaktdichte und differenziertem Fallverständnis im Rahmen intensiver therapeutischer Beziehungsgestaltungen zeigen eine hohe Zuverlässigkeit bei Einschätzung und Durchführung von begleiteten Ausgängen [8]. Sobald sicherheitsrelevante, motivationale und therapeutische Aspekte es zulassen, ist die Erweiterung des Therapieraumes um extramurale Aktivitäten und Kontakte zu prüfen.

Aus einer milieutherapeutischen Perspektive heraus wird die soziale Wirklichkeit der Klienten, also der möglichst «normale» Alltag im Rahmen der stationären Massnahme, bewusst für therapeutische Veränderungsprozesse genutzt. Dabei geht es um die gezielte Auseinandersetzung mit deliktrelevantem (Alltags-)Verhalten, mit dem Normalen, um die Beschäftigung mit alltäglichen Bedürfnissen, Regeln und Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Einschränkungen.

### Motivorientierte Beziehungsgestaltung

Gerade in der milieutherapeutisch geprägten stationären Massnahme wird konzeptionell berücksichtigt, dass die Beziehung zwischen Klient und Therapeut nicht nur ein langfristig entscheidender unspezifischer Erfolgsfaktor, sondern auch ein gezielt positiver und damit spezifischer Wirkfaktor ist.

Konkret bewährt haben sich in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen die Konzepte des Modells der doppelten Handlungsregulation nach Sachse [9–11] bzw. der motivorientierten Beziehungsgestaltung, z.B. nach Grawe [12, 13] oder Caspar [14].

Persönlichkeitsstörungen, verstanden als Beziehungs- bzw. Interaktionsstörungen, entwickeln sich ab der frühen Jugend nach o.g. Modellen als Reaktionen auf nicht erfüllte oder sogar verletzte psychische Grundbedürfnisse. Dabei ist insbesondere vor dem forensischen Erfahrungshintergrund im Unterschied zu den genannten Modellen darauf hinzuweisen, dass es nicht wenige Fälle gibt, in denen die Ursache der Diskrepanz zwischen Bedürfnissen und realer Erfüllung nicht auf der Seite der Umwelt zu suchen ist. Vielmehr kann die Diskrepanz darauf zurückzuführen sein, dass «pathologische» Bedürfnisse als Teil prädisponierender oder bereits früh verfestigter Problembereiche existieren, z.B. Psychopathie u.ä.

Unabhängig von der Genese geht es bei den Reaktionen oft um die sekundäre, kompensatorische Befriedigung der jeweiligen psychischen Bedürfnisse (nach Kontrolle und Orientierung, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Selbstwerterhöhung und nach Bindung) durch problematische Einstellungen und Verhaltensweisen.

Die daraus resultierende dauerhafte und oft manipulative (auch intransparente) Beschäftigung der betroffenen Klienten mit dysfunktionalen oder auch dissozialen Mustern begrenzt persönliche Entwicklungen und die inhaltliche therapeutische Arbeit. Hierdurch werden auch die Umsetzungsmöglichkeiten spezifischer milieutherapeutischer und psychotherapeutischer Behandlungselemente erschwert. Es können in Extremfällen derart verfestigte pathologische Störungsentwicklungen vorliegen, dass z.B. psychopathische Persönlichkeitsstrukturen sowohl zu hoher Gefährlichkeit als auch geringer Beeinflussbarkeit führen.

Schon aus diesen Gründen sind die hinter dem Klientenverhalten liegenden psychischen Bedürfnisse und die damit zusammenhängenden Motive zu erschliessen.

Daraus wiederum lassen sich konkrete und aktive Therapiepläne konstruieren. Ziel ist dabei, auf die Ebene zu gelangen, auf der das entsprechende Motiv unproblematisch wird (Richtung psychischer Grundbedürfnisse) oder modifiziert werden kann.

Ist dies erreicht, sollten akzeptable Motive gesättigt und befriedigt werden. Dadurch wird dem problematischen Verhalten die motivationale Basis entzogen. Handelt es sich um Persönlichkeitsdispositionen, die zu primär delinquenznahen Bedürfnislagen führen, geht es um Modifikations- und Kontrollprozesse primär inakzeptaler Motivstrukturen. Klienten kommen so in positivere Zustände und es werden Aufmerksamkeit und Ressourcen für konkretes therapeutisches (auch konfrontatives und deliktorientiertes) Arbeiten frei.

Bei der Umsetzung dieses Ansatzes muss der Klient davon überzeugt werden, dass seinem primären Motiv Rechnung getragen wird oder die Modifikation einer inakzeptablen Motivlage einen innerpsychischen Gewinn bedeutet. In der alltäglichen milieutherapeutischen Arbeit sollen selbstverständlich situative Aspekte aufgegriffen werden, doch soll nicht primär auf das vom Klienten gezeigte Problemverhalten reagiert, sondern proaktiv gehandelt werden. Es gilt: So hoch in der Bedürfnishierarchie wie nötig (unproblematischer, authentischer Bereich), doch so niedrig wie möglich (konkret bleiben).

Im Rahmen der motivorientierten (komplementären) Beziehungsgestaltung soll nach dem Validieren von Motiven des Klienten sein problematisches Interaktions- und Deliktverhalten in Frage gestellt werden, um dann die resultierenden Konsequenzen zu reflektieren und Alternativen zu erarbeiten.

Zur Nützlichkeit bzw. Effektivität eines derart beschriebenen Ansatzes vgl. z.B. Marshall et al. [15] oder die Konzepte mit entsprechenden Ansätzen in Meux et al. [16] und McMurrin [17].

### Anforderungen an das Behandlungsteam

Die Durchführung stationärer forensischer Massnahmen ist Teamarbeit. Die zu behandelnden Störungsbilder bzw. Syndrome der zu behandelnden Klienten weisen in der Regel auf allen relevanten Dimensionen (Kognitionen, Emotionen, Wahrnehmungen, Handlungen) eine hohe Komplexität auf. Zudem bedeutet gerade die stationäre forensische Therapie die Umsetzung einer sehr hohen Kontakt- und Konfrontationsdichte. Die Teammitglieder erleben im therapeutischen Alltag sehr intensive emotionale und interaktionelle Ausdrucksweisen der zu behandelnden Störungen. Ein Klient fühlt sich z.B. bei der Verteilung des Mittagessens ungerecht behandelt und zeigt unmittelbar seine niedrige Frustrationstoleranz durch einen heftigen verbal-aggressiven Ausbruch mit der Möglichkeit einer körperlichen Attacke auf einen Mitklienten. Der anwesende Milieutherapeut muss unmittelbar sowohl grenzsetzend als auch beruhigend-deeskalierend eingreifen.

Belastend ist aber auch für jedes Teammitglied immer wieder die Konfrontation mit deliktrelevantem Material (z.B. Pornographie) oder z.B. mit Detailschilderungen eines pädosexuellen Täters bzgl. seines letzten Missbrauchs eines 9-jährigen Knaben. Hier helfen eine gute Ausbildung, eine funktionierende Psychohygiene im Team und auch privat sowie Supervision.

### Teamzusammensetzung

Das erforderliche Behandlungsangebot muss daher ein hohes Mass an Differenziertheit und Reflektiertheit aufweisen. Die zu realisierende milieutherapeutische, psychotherapeutisch-psychiatrische Intensität der Therapie kann nur durch ein optimal vorbereitetes und abgestimmtes multiprofessionelles Behandlungsteam umgesetzt werden. Zu einem solchen Behandlungsteam gehören auf der FPA den Sicherungsbedingungen und Störungsaspekten entsprechend:

- Aufseher/Betreuer aus dem Strafvollzug mit langjähriger Berufserfahrung und psychosozialer Weiterbildung (Experten für alltagsnahe prognostische und therapeutische Einschätzungen und Interventionen: Milieutherapeuten);
- forensisch-psychiatrische Krankenpflegekräfte (Experten für alltagsnahe prognostische und therapeutische Einschätzungen und Interventionen: Milieutherapeuten);
- Sozialarbeiter mit Erfahrung im Umgang mit persönlichkeitsgestörten, forensisch auffälligen Klienten (Experten für sozialpädagogische Aufgaben, Milieutherapie, Berichterstattung, Behördliches);
- Psychologen und Fachärzte für Psychiatrie mit psychotherapeutischer Grundqualifikation und forensischer Erfahrung (Experten für Einzel-, Gruppen-, Psychopharmakotherapie, Diagnostik, Prognostik, Berichterstattung).

Die erfolgreiche Implementierung eines stationären forensischen Behandlungskonzeptes kann u.a. daran gemessen werden, dass die Rollendefinitionen und Handlungskompetenzen der Teammitglieder geklärt sind, die Strukturen in Setting und Behandlungsabläufen definiert sind und Handlungssicherheit geben, das milieutherapeutische Umfeld zu einer moderaten, aber spürbaren Problemaktualisierung bei den zu Behandelnden führt, dabei aber die Sicherheit für Klienten und Behandler jederzeit gegeben ist.

Alle Teammitglieder sollten eigene Stärken, Schwächen und «blinde Flecken» durch professionelle Selbsterfahrung (fundierte therapeutische Ausbildung, Supervision) kennen, verstehen und im therapeutischen Handeln konstruktiv beachten können. Beispielsweise muss ein Teammitglied, das bei zu behandelnden Klienten emotionale Unterstützung und Ersatz für real fehlende Bindungen sucht, dies über sich wissen, kritisch im Team reflektieren und professionell kontrollieren bzw. verändern. Auf keinen Fall darf ein solches Muster blind mit Klienten ausgelebt werden, da dies das Gegenteil von Behandlung wäre.

### Prinzipien multiprofessioneller Teamarbeit

Ein so zusammengesetztes multiprofessionelles Team muss die Klienten in ihrer Gesamtheit verstehen, behandeln und fördern. Die Teammitglieder sollen Sicherheit, Orientierung und Verlässlichkeit ausstrahlen. Sie sind dabei Modelle im Umgang mit Gefühlen und Konflikten, Modelle im Umgang mit Selbstkritik und Selbstverantwortung. Dabei gilt, dass das Team praktizieren können muss, was die Klienten lernen sollen.

Da dies nicht automatisch durch gemeinsame Arbeitszeiten am selben Ort geschieht, werden im Folgenden die für die umzusetzende stationäre Behandlung als Teamarbeit notwendigen Leitlinien dargestellt. Es geht um die Herstellung optimaler Bedingungen für ein umfassendes und einheitliches Fallverständnis, eine stimmige und verbindliche Behandlungskonzeption, eine einheitliche und kontinuierliche Behandlungsumsetzung, Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit sowie um eine bestmögliche Psychohygiene für die Behandler. Bewährt haben sich für einen solchen teamorientierten Behandlungsauftrag die Beachtung und Umsetzung mindestens folgender Prinzipien nach Urbaniok [18]:

#### *Einheitlichkeit*

Einheitlichkeit bedeutet, dass jedes Teammitglied bestimmte Dinge im Stations- und Abteilungsallday gleich oder ähnlich macht, sozusagen personenunabhängig. Es geht dabei nicht um eine einheitliche Meinung, sondern vielmehr um den professionellen Anspruch, dass Teambeschlüsse von jedem ausgeführt werden. Natürlich gilt die Meinungsfreiheit, doch besteht i.d.S. der Einheitlichkeit keine Handlungsfreiheit. Von einem Profi ist zu erwarten, dass er eine gemeinsame und beschlossene Teamlinie nicht offen oder versteckt sabotiert.

Einheitlichkeit dient der Verlässlichkeit und der Orientierung, schafft auch Effizienz in den Arbeitsabläufen. Behandlungsrelevante Informationen müssen jederzeit und vollständig verfügbar sein, womit auch eine einheitliche Dokumentation entscheidend ist.

#### *Verschiedenheit*

Das Prinzip der Verschiedenheit gibt Spielraum für die Teammitglieder, Dinge anders zu machen und berücksichtigt damit Individualität. Individualität sollte gefördert und für die Teamarbeit nutzbar gemacht werden.

Verschiedenheit endet jedoch da, wo eine individuelle Verhaltensweise fehlerhaft ist oder den Stationszielen widerspricht. Zu vermeiden sind also Unberechenbarkeit, Willkür und Diffuses. Individuelle Fähigkeiten und Spezialisierungen im Team sind zu fördern, zu akzeptieren und wertzuschätzen, müssen aber zur Einheitlichkeitserklärung passen.

#### *Offenheit*

Dieses Prinzip ist eines der wichtigsten Ziele einer therapeutisch orientierten Station bzw. Abteilung. Offenheit meint hier die konsequente Ausweitung der Kommunizierbarkeit aller Themen, die im Rahmen der Behandlung von Bedeutung sein können.

Ziel ist, dass möglichst alles angesprochen werden kann, somit als Gegenteil von Verheimlichen, Vertuschen und Tabuisieren formuliert. Häufig sind gerade die Dinge von besonderer Wichtigkeit, über die es sich schlecht reden lässt. Daher muss das Team eine Atmosphäre schaffen, die zu Offenheit ermutigt. Dabei helfen respektvoller Umgang und Schutz vor Verletzungen. Kommunikative Dunkelfelder und Geheimnisträgerschaft sind abzulehnen.

#### *Transparenz*

Bei Transparenz im Team geht es um Einblicke in Entscheidungen und Abläufe, nicht darum, es jedem im Team recht

zu machen. Durchschaubarkeit ist ein wesentliches Strukturelement stationärer Behandlung. Transparenz bedeutet zu wissen, was, wann, wo, wie und warum geschieht. Die wesentlichen Grundbotschaften von Transparenz lauten:

- Teammitglieder nehmen sich gegenseitig ernst;
- Teammitglieder können sich sicher fühlen und Vertrauen haben;
- Teammitglieder haben ein Recht zu wissen, was, wann, wo, wie und warum geschieht;
- Informationen werden im Team nicht als Machtmittel missbraucht.

#### *Informationsfluss*

Für eine differenzierte und umfassende Fallkonzeption, Behandlungsplanung und -durchführung benötigen alle Teammitglieder jede verfügbare Information über den Klienten.

Die Optimierung des Informationsflusses ist eine sehr praktische Herausforderung an die Organisationsfähigkeit des Teams. Es geht um wohlwollende Fehlerkorrektur auch durch individuelle Verantwortungsübernahme mit Blickrichtung auf ein funktionierendes System. Dabei gilt der Grundsatz, dass jede Information grundsätzlich jedem Teammitglied zugänglich sein muss. Ob und wann es überhaupt eine therapeutische Schweigepflicht innerhalb des Behandlungsteams braucht, ist gut zu überlegen und sollte eine gut zu begründende Ausnahme sein. Nur so können die unterschiedlichen Professionen im Rahmen der Vernetzung mit allen anderen Arbeitspartnern und Teammitgliedern ihren optimalen Beitrag zur erfolgreichen Umsetzung der Massnahme beitragen.

Zudem braucht es insbesondere bei forensischen Einschätzungen wie kurzfristigen Lockerungs- oder langfristigen Entlassungsprognosen immer alle verfügbaren Informationen.

#### *Selbständigkeit*

Klienten übernehmen so viel Eigenverantwortung wie nur irgend möglich, und das Team nimmt dem Klienten gerade so viel Verantwortung ab, wie unbedingt nötig. Das gilt sowohl für die milieutherapeutische Arbeit mit den Klienten als auch für die Teamkultur. Denn Selbständigkeit macht Spass, stärkt die Motivation und steigert das Selbstwertgefühl und Selbstheilungskräfte bzw. Ressourcen.

#### *Behandlungsoptimismus*

Optimismus, Zuversicht und der Glaube an die Wirksamkeit der Behandlung haben sich als signifikante Prädiktoren und Faktoren für erfolgreiche Therapien erwiesen, auch wenn sie unspezifisch wirken.

Häufig geht es hier auch um veränderungsfördernde Vorstellungen (verbal, bildlich, atmosphärisch etc.). Die Arbeitszufriedenheit eines Teams, die Umgangsformen der Teammitglieder untereinander oder des Teams mit den Klienten spielen dabei eine entscheidende Rolle. Insgesamt haben die Vorstellungen eines Teams darüber, wie es seine Arbeit versteht, wie es Klienten und deren Möglichkeiten und Entwicklungsperspektiven beurteilt, einen grossen Einfluss auf den Behandlungsverlauf [19–21]. Diesen unspezifischen Wirkungsbereich bis hin zur Gestaltung der Stationsatmosphäre gilt es zu professionalisieren.

### Respekt

Respekt beinhaltet ein Gefühl für die eigene Integrität und betrifft die Bereiche der körperlichen, der sexuellen und der seelischen Unversehrtheit. Jederzeit ist die Intaktheit menschlicher Würde zu garantieren. Gemeint ist damit u.a. der Verzicht auf körperliche und sexuelle Gewalt, auf Beleidigungen, unangemessene Witze, jemanden lächerlich machen, blossstellen, einen unangemessenen Ton anschlagen, willkürliche Handlungen, intransparente Disziplinierungen, Schreien, abschätziges Blicken etc. Besonders zu beachten sind dabei Situationen mit einem Machtgefälle, die in der stationären forensischen Behandlung zwischen Team und Klienten ein integrales Element der Behandlungssituation darstellen.

Mangelnder Respekt entsteht aber auch durch Passivität und Verweigerung; frustriert werden dadurch beim Gegenüber meist Selbstwörterleben und Motivation. Auch ist einer anderen Person stets ein angemessenes Mass an Aufmerksamkeit zukommen zu lassen; mindestens ist transparent zu machen, dass in einer bestimmten Situation keine ausreichenden Ressourcen für Aufmerksamkeit vorliegen. Respekt heisst nicht Konfliktvermeidung, sondern im Gegenteil die Entwicklung eines vernünftigen, professionellen Konfliktmodus. Dies gilt für Teammitglieder ebenso wie für Klienten.

### Professionelle Fürsorge und Behandlung durch motivorientierte Beziehungsgestaltung

Das Team hat gegenüber allen auf der Station Anwesenden eine Fürsorgepflicht zu übernehmen. Es muss gewährleisten, dass niemand auf der Station durch die Handlungen einer Person bedroht, körperlich verletzt oder in anderer Weise in Angst versetzt wird. Hier hilft es, sich nicht mit Aggressoren zu identifizieren, sich nicht durch Angst lähmen zu lassen und keine faulen Kompromisse einzugehen. Vielmehr sind Klarheit und Konsequenz gefordert.

Darüber hinaus bereitet die o.g. Vermittlung emotional korrigierender Erfahrungen im Rahmen verlässlicher therapeutischer Beziehungen (motivorientierte Beziehungsgestaltung; Bezugspersonensystem) nicht nur den Boden für notwendige Konfrontationen mit kritischen Persönlichkeitsanteilen und problematischem Verhalten, sondern vermittelt den Klienten direkt, was ihnen in ihrer Entwicklung gefehlt hat. Aus diesem Grundgedanken resultiert eine bestimmte Art der Beziehungsgestaltung:

- überlegt handeln statt unüberlegt reagieren;
- zielorientiert intervenieren statt der eigenen Befindlichkeit folgen;
- professionelle therapeutische Dimensionen wahrnehmen und zum Handlungsmassstab machen, statt sich so zu verhalten, wie man es auch sonst im Alltag tun würde.

Gesucht werden Antworten auf die individuellen Schwachstellen eines Klienten, wobei dies mit Respekt, Achtung, Wertschätzung und gewaltfreier Grenzsetzung geschieht.

### Tests und Spaltung

Wenn Milieuthérapeuten auf der Grundlage einer Fallkonzeption nach dem Modell der doppelten Handlungsregulation bzw. der motivorientierten Beziehungsgestaltung

nach Sachse erste erfolgreiche Interventionen umsetzen konnten, sind sogenannte «Tests» [10] im Sinne einer kurzfristigen Intensivierung von Ausmass und Intensität des Problemverhaltens (hier: Symptomatik der Persönlichkeitsstörung, evtl. deliktrelevantes Verhalten bzw. strukturell deliktisches Verhalten) durch den Klienten zu erwarten. Der Klient muss sozusagen prüfen, ob das milieuthérapeutische Beziehungsangebot auch längerfristig ernsthaft und tragfähig für ihn erscheint.

Zum Teil dient das Phänomen der versuchten Spaltung eines Behandlungsteams durch den Klienten ähnlichen Zwecken. Spaltung ist ein häufig gebrauchter Begriff mit vielen Bedeutungen. An dieser Stelle ist damit gemeint, dass ein Klient versucht, Teammitglieder gegeneinander auszuspielen. So wird Mitarbeiter A vom Klienten mit einer anderen Information «versorgt» als Mitarbeiter B, gern auch einmal mit einer vollkommen gegensätzlichen.

Um damit professionell umgehen zu können, muss das «Spaltungsverhalten» verstanden werden. Als strategisches Instrument wird Spaltung als Test eingesetzt, aber auch um als Team als eine (über)mächtige Institution portioniert, also kleiner gemacht zu werden. Oft finden sich dahinter biographische Erlebnisse von Ohnmacht, Grenzverletzung und Willkür. Spaltung kann so oft als Überlebensmechanismus verstanden werden, da mit offenen und transparenten Interessenvertretungen keine Erfolge erzielt werden konnten.

Die negativen langfristigen Nebenwirkungen von (erfolgreicher) Spaltung sind mangelnder Halt, fehlende Verlässlichkeit und Sicherheit für den Klienten, letztlich eine (weitere) Chronifizierung der Störung. Daher sollte ein Team Spaltung verhindern, aber nicht durch eine Aufrüstung auf der Kontrollebene, sondern über eine Änderung der Sichtweise (Testverhalten, Portionierung). Die Frage ist nicht, ob ein Klient die Fähigkeit hat, Teammitglieder gegeneinander auszuspielen. Die Frage ist, ob das Team die Eigenschaft besitzt, sich gegeneinander ausspielen zu lassen.

Hier hilft guter Informationsfluss und Transparenz sowie eine «spaltungsfreie» Teamkultur als positives Modell und eben eine durchgehaltene motivorientierte Beziehungsgestaltung. Ganz konkret verhindert das sog. Vier-Augen-Prinzip für Klientengespräche kommunikative Dunkelfelder als Spaltungsnährboden. Es zeigt Einheit, Transparenz und gewährleistet direkten Informationsfluss.

Insgesamt folgt daraus für das Team, dass motivorientiertes Beziehungsverhalten durchgehalten werden muss. Die damit umgesetzte Bedürfnisbefriedigung und haltgebende Verlässlichkeit stellt eine Verbindung dar zwischen der therapeutischen Beziehung und therapeutischen Techniken bzw. spezifischen milieuthérapeutischen Angeboten. Sie ist somit gut für:

- direktes Erfüllen legitimer psychischer Grundbedürfnisse des Klienten;
- das Einlassen auf Behandlungsangebote und -elemente;
- die Psychohygiene der Therapeuten / des Teams.

### Nähe und Distanz

Zur professionellen Beziehungsgestaltung gehört auch ein reflektiertes und kompetent ausgewogenes Bewegen im Spannungsfeld von Nähe und Distanz.

Für Teammitglieder untereinander gilt, dass ausreichend Nähe vorhanden sein muss, um gut und effektiv zusammenarbeiten zu können. Distanz darf nicht so weit gehen, dass Kommunikation vernachlässigt wird. Ein professionelles Mindestmass an Nähe ist von jedem Mitarbeiter einzufordern. Grundsätzlich wird keine Nähe-Beschränkung formuliert, wichtig ist nur die damit verbundene Transparenz. Private oder partnerschaftliche Beziehungen sollten im Team bekannt sein, damit diese für alle klar erkennbar und daraus resultierende Verhaltensweisen einschätzbar sind.

Beziehungsverhalten zu Klienten ist enger definiert; Nähe und Distanz müssen hier im Rahmen einer professionellen Haltung und Arbeitsweise ausgeglichen sein. Private Interessen müssen von beruflichen Erfordernissen getrennt sein und bleiben. Eine positive Beziehungsaufnahme und -gestaltung ist leichter, wenn beim Klienten etwas Sympathisches gefunden wird. Dies dient aber der therapeutischen Arbeit, und eben nicht privaten Bedürfnissen (s.o. zur Selbsterfahrung). Es gilt:

- ausreichend Nähe ohne unkritische Identifikation mit den Bedürfnissen der Klienten;
- kein freundschaftliches, kumpelhaftes Beziehungsangebot;
- keine konspirative Verschwörungsatmosphäre mit einem Klienten gegen das restliche Team;
- keine Geschäfte und keine Dienstleistungen privater Natur von, mit oder für Klienten.

Eine private Beziehung zu einem Klienten macht jegliche therapeutische Arbeit für das Teammitglied unmöglich, da dadurch keine professionell-fachliche Einschätzung von Behandlungsstand und Gefährlichkeit mehr möglich ist. So sollte z.B. im Kontakt mit Klienten das «Sie» als Ansprache nie verlassen werden, kumpelhafte, konspirative oder andere grenzüberschreitende Beziehungsangebote sollten in Bezugspersonengesprächen verständnisvoll, aber grenzsetzend und konstruktiv zurückgemeldet werden. Dadurch kann der Klient sein Verständnis über eigene Bedürfnisse und ungünstiges Interaktionsverhalten erweitern und vertiefen, letztlich mit therapeutischer Unterstützung nach angemesseneren alternativen Verhaltensweisen suchen.

Der Umgang mit Geschenken ist differenzierter zu betrachten. Nie ein Geschenk von Klienten annehmen kann unangemessen sein. Es sollte offen gehandhabt werden, sich eher um Kleinigkeiten handeln und tendenziell sollte das Geschenk selbstgemacht sein (z.B. ein kleines Abschiedessen organisieren, eine Collage über die gemeinsame Therapiezeit erstellen). Der beste Zeitpunkt für ein Geschenk ist nach Abschluss der Behandlung, und der beste Adressat ist das gesamte Team. Bei der Einschätzung, ob und wann ein Geschenk adäquat sein kann, helfen eine offene Teamkultur und gesunder Menschenverstand.

*Gemeinsame Idee über den Klienten (Fallkonzeption, milieuthera-  
peutische Behandlungsplanung, Behandlungsbericht)*

Für milieuthera-  
peutische Teamarbeit ist eine gemeinsame Vorstellung über einen Klienten unabdingbar für die Entwicklung und Umsetzung einer durchdachten konzeptionellen Position. Folgende Leitfragen sind dabei relevant:

- Welches sind die charakteristischen Verarbeitungs- und Verhaltensmerkmale eines Klienten? (Beschreibung)
- Welches ist die zentrale Idee zum Verständnis von deliktrelevanten Problemen und Deliktmechanismus des Klienten? (Erklärungszusammenhang)
- Welches sind die milieuthera-  
peutischen und deliktpräventiven Behandlungsziele des Klienten? (Klare, konkrete Alltags- und Verhaltensziele)
- Was braucht der Klient für einen erfolgreichen Behandlungseinstieg und -verlauf, welche Erfahrungsmöglichkeiten sollte ihm das Team bereitstellen? (motivorientiertes Beziehungsangebot)

Die gemeinsame Idee, das gemeinsame Fallverständnis aufgrund aktueller Beobachtungen und Einschätzungen anzupassen, zu stabilisieren, ist eine Daueraufgabe für das Behandlungsteam. Hilfreiche Arbeitsmittel dazu sind neben Offenheit in Kommunikation und Informationsfluss eine einheitliche schriftliche Fallkonzeption und Therapieplanung, eine verlässliche und allen Teammitgliedern zugängliche Dokumentation, ausreichend Gefässe für gemeinsame Fallbesprechungen und eine gemeinsam abgestimmte Behandlungsberichterstattung.

### Anforderungen an die Klienten

Überlegungen zur Indikation können nicht unabhängig von systemischen Faktoren der konkreten Behandlungseinrichtung, des Therapiekonzepts sowie des Behandlungsteams angestellt werden. Im Sinne der Berücksichtigung «realer Therapiemöglichkeiten» üben diese Faktoren deutlichen Einfluss auf die Aufnahme- und Behandlungsmöglichkeiten eines Klienten aus.

### Sicherungs- und Behandlungsgedanke

Im Zentrum einer stationären Behandlungsmassnahme nach Art. 59. 3 StGB steht – auch wenn in einer Justizvollzugsanstalt verortet – nicht der Straf-, sondern der Sicherungs- und Behandlungsgedanke. Behandeln und Strafen schliesst sich in weiten Teilen allgemeinpsychologisch, aber auch psychiatrisch-psychotherapeutisch aus. Primär konfrontativ-disziplinarische oder schlicht «strafende» Ansätze verstärken in der Regel die dysfunktionalen Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster persönlichkeitsgestörter Straftäter.

Würden insbesondere Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung primär durch Strafen positive Einstellungs- und Verhaltensänderungen zeigen, bräuchte es keine Behandlungseinrichtung. Täter, die ihr strukturelles Risiko für gefährliche Straftaten (erhöhte Kränkbarkeit, Aggressionsproblematik, Impulskontrollstörung, Emotionsregulationsstörung, Paraphilie etc.) in sich, in ihrer Persönlichkeit tragen, müssen lernen, damit (ungefährlich) umzugehen bzw. ihre problematischen Persönlichkeitsanteile konstruktiv verändern oder kontrollieren.

Eine solche Behandlung erfordert insbesondere in der Anfangsphase sichere Rahmenbedingungen; detaillierter betrachtet steht der Sicherungsgedanke im Rahmen einer stationären Behandlungsmassnahme im Strafvollzug aus folgenden Gründen daher auch im Vordergrund:

**Tabelle 1** 10 Prinzipien multiprofessioneller Teamarbeit.

Einheitlichkeit
Verschiedenheit
Offenheit
Transparenz
Informationsfluss
Selbständigkeit
Behandlungsoptimismus
Respekt
Professionelle Fürsorge und Behandlung durch motivorientierte Beziehungsgestaltung
Gemeinsame Idee über den Klienten

- Schutz der Allgemeinheit vor weiteren schwerwiegenden Straftaten;
- Schutz des Täters vor sich selbst, vor dem Ausagieren dysfunktionaler und gefährlicher Handlungen;
- Grenzsetzung im Sinne einer «open-end»-Unterbringungssituation, um zu unterstützen, dass der Täter sich auf möglichst authentische selbstreflexive Behandlungsprozesse einlassen kann, statt auf – für ihn in einem absehbaren Rahmen einer zeitlich befristeten Freiheitsstrafe – taktische (Therapie-)Manöver, Scheinanpassung und antrainiert wirkende Pseudoeinsichten zu setzen.

Nach rev. StGB und entsprechender neuer Rechtsprechungspraxis muss die Dauer des Massnahmenvollzuges in einem angemessenen Verhältnis zur angedrohten Haftstrafe resp. der bedrohten Rechtsgüter stehen.

Insbesondere der letztgenannte Faktor der «open-end»-Situation der inhaltlich begründeten Unterbringungsdauer (Verhältnismässigkeit, Therapieerfolge, signifikant verringertes Rückfallrisiko) verunsichert Klienten anfangs oft; zudem muss von den therapeutisch und den juristisch Verantwortlichen erwartet werden können, dass der zu behandelnde Täter schnellstmöglich die bestmögliche intensive und professionelle forensische Therapie angeboten bekommt, die unter gegebenen formalen, ökonomischen und fachlichen Gesichtspunkten umsetzbar ist.

Nicht zuletzt geht es bei dieser Art des Opferschutzes bzw. der Verhinderung weiterer Opfer auch immer um die Perspektiven und Chancen des Straftäters auf ein deliktfreies Leben in einem gut integrierten Platz in der Gesellschaft. Mit dem neuen Artikel 59 Abs. 3 wird eine Perspektive für intensiven Massnahmenvollzug in Straf- bzw. Justizvollzugsanstalten geschaffen. Das ist auch deswegen interessant, weil es kostengünstiger ist, als parallele Strukturen ausserhalb des Regelvollzugs aufzubauen, und weil es für bestimmte Klienten insbesondere im Hinblick auf die professionelle Sicherheitsstruktur und Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten vorteilhaft ist. Ausserdem ist die Integration intensiver Behandlungsangebote ein weiterer Schritt, den Strafvollzug konsequent zu einem Präventionsvollzug aus- und umzubauen. Das Konzept der Forensisch-Psychiatrischen Abteilung (FPA) der Justizvollzugsanstalt Pöschwies und des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes kann daher ein Modell dafür sein, was im o.g. Sinn sinnvoll und zielführend ist und sich als konzeptionelle Grundlage bewährt hat.

## Zu behandelnde Klienten

Unter Beachtung dieser grundlegenden Aspekte lässt sich zur Indikation bzw. Kontraindikation für eine intensive milieutherapeutische stationäre forensische Behandlung auf der FPA Folgendes sagen:

Behandelt werden Klienten, die in erster Linie der Gruppe der Sexual- und Gewaltstraftäter mit Persönlichkeitsstörungen und/oder Sexualdevianzen angehören; in Frage kommen auch Täter mit Mehrfachdiagnosen oder unklaren Diagnosen. Nur in Ausnahmefällen und nach Absprache mit forensisch-psychiatrischen Kliniken können Sexual- und Gewaltstraftäter mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis behandelt werden.

Aus juristischer Perspektive ergeben sich vor diesem Hintergrund folgende Prioritäten:

1. stationäre Massnahme nach Art. 59 Abs. 3 StGB;
2. sichernde Massnahme gemäss Art. 64 StGB zur Vorbereitung auf einen Antrag, die Verwahrung in eine stationäre Massnahme umzuwandeln;
3. ambulante Massnahmen gemäss Art. 63 StGB, sofern eine intensive, milieutherapeutisch orientierte Behandlungsphase indiziert ist, diese auf der Grundlage der Vollzugsplanung mit dem Verurteilten und der Einweisungsbehörde vereinbart werden kann und freie Plätze verfügbar sind;
4. Freiheitsstrafen ohne gerichtlich angeordnete Therapie, sofern eine intensiv geführte milieutherapeutische Behandlungsphase auf freiwilliger Grundlage indiziert ist und freie Plätze verfügbar sind.

Praktisch werden auf der FPA aktuell und auf absehbare Zeit ausschliesslich Klienten mit Art. 59 Abs. 3 behandelt, weil hier zurzeit ein eklatanter Nachfrageüberhang besteht.

Noch recht allgemein formulierte Ausschlussgründe für eine milieutherapeutische Behandlung im o.g. Sinn sind eine akut floride psychotische Symptomatik, ein 24-Stunden-Betreuungsbedarf (z.B. wegen akuter Suizidalität), sprachliche oder kognitive Unfähigkeit, am Behandlungsprozess teilzunehmen, Verhaltensweisen, durch die die Sicherheit in der Behandlungseinrichtung gefährdet wird und Verhaltensweisen, durch die der Therapieprozess anderer Insassen dauerhaft und gravierend beeinträchtigt wird. Insbesondere bei akuten psychotischen oder suizidalen Krisen bzw. insgesamt der Notwendigkeit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung übernehmen forensisch-psychiatrische Krankenhäuser oder Abteilungen zumindest phasenweise die Behandlung.

Konkret werden folgende Kriterien vorgeschlagen, wobei im Einzelfall nicht alle Kriterien in voller Ausprägung vorliegen müssen und keine Verrechnungsregeln formuliert sind; vielmehr ist unter ihrer Berücksichtigung aufgrund der Auswertung der Aktenlage, der Explorationen und strukturierter Einschätzungen unter Einsatz von FOTRES, PCL-R, Static-99 etc. [22–24] ein klinisch-forensisches Gesamturteil zu Indikationen zu bilden:

### Positivkriterien:

- verurteilt nach entsprechendem Artikel;
- hohe Gefährlichkeit (qualitativ: Art der gefährdeten Rechtsgüter) und hohe Rückfallgefahr (quantitativ: Rückfallwahrscheinlichkeit);

- therapeutische Indikation (deliktrelevante Störungen bzw. Syndrome, definierbare Behandlungsziele, ableitbarer Behandlungsauftrag);
- Beeinflussbarkeit als relevante Aussicht auf Behandlungserfolg,

operationalisiert durch:

- (zumindest) erkennbare Ansätze von Introspektions- und Reflektionsfähigkeit;
- (zumindest) erkennbare Ansätze von passiven und aktiven Feedback-Fähigkeiten;
- grundsätzliche Fähigkeit zum authentischen Gefühls-erleben und Gefühlsausdruck;
- intrinsisch behandlungsmotiviert, mindestens teilweise entsprechend motivierbar;
- konstruktive Haltung gegenüber milieutheraeutischem Setting und dem Behandlungsangebot der stationären Massnahme mit Gruppenfähigkeit, Absprachefähigkeit und (zumindest) erkennbaren Ansätzen von Veränderungsbereitschaft;
- Akzeptanz der Behandlungsbedingungen (Behandlungsvertrag).

*Negativkriterien:*

- akute psychotische Erkrankung;
- akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung;
- relevante kognitive/sprachliche Verständigungseinschränkungen;
- hohe «Psychopathy»-Ausprägung mit konkret erkennbaren milieuschädigenden Einstellungen und Verhaltensweisen (z.B. Manipulation und Unterdrückung von Mitklienten; anhaltend destruktive Haltung und Verhaltensweisen gegenüber Behandlungsteam);
- deutliche oder sehr hoch ausgeprägte Alienation (Entfremdung von grundlegenden innerpsychischen Motiven, Prozessen und Affekten);
- deutliche oder sehr hoch ausgeprägte psychische Rigidität;
- eine nicht vorhandene oder sehr geringe Ansprechbarkeit auf therapeutische Beziehungsangebote und spezifische deliktorientierte und persönlichkeitszentrierte Interventionen.

Aufnahme und Behandlungsversuche auf Massnahmeabteilungen sollten sich demnach an individuellen inhaltlichen Aspekten orientieren, nicht an für diesen Entscheidungsprozess unspezifischen Faktoren wie Alter, Nationalität, blosse Diagnose, Anlass- bzw. Zieldelikt, Schuldfähigkeit zum Tatzeitpunkt oder Störungsgenese. Vielmehr sind in jedem Einzelfall die o.g. inhaltlichen Kriterien durch mindestens zwei voneinander unabhängige Triageschritte zu prüfen.

Positiv zusammengefasst sollten also gefährliche und rückfallgefährdete Klienten mit einer mindestens ansatzweise vorhandenen Beeinflussbarkeit – hier auch verstanden als psychische «Durchlässigkeit» in zwei Richtungen – aufgenommen werden (Abb. 1):

1. Durchlässigkeit nach aussen (die deliktrelevanten Störungen und Problembereiche bilden sich im Behandlungsalltag ab).
2. Durchlässigkeit nach innen (der Klient kann therapeutische Beziehungsangebote und Rückmeldungen annehmen).

## Fehlplatzierung und Unbehandelbarkeit

An dieser Stelle soll noch zu der Frage Stellung genommen werden, warum nicht mit jedem hochgefährlichen Straftäter, der (scheinbar) eine behandlungsbedürftige bzw. behandelbare psychische Störung aufweist, eine intensive milieutheraeutische stationäre Behandlung versucht werden sollte. Ein pragmatisches Argument ist die Problematik fehlender Ökonomie durch nachhaltig falschen Ressourceneinsatz. Die forensisch-stationären Behandlungsplätze sind allein in ihrer Anzahl durch finanzielle und reale Therapiemöglichkeiten stark limitiert. Inhaltlich kann zudem eine gut gemeinte, aber ohne differenzierte Indikation und ohne begründbare Erfolgsaussichten begonnene Behandlung falsche Hoffnungen beim Betroffenen wecken oder zu einem gefährlichen Lockerungsautomatismus führen.

Die Fehlplatzierung nur vordergründig motivierbarer und therapierbarer Klienten kann das gesamte Behandlungsetting (Atmosphäre, Umgangsformen, Negativmodell) für die behandelbaren Klienten signifikant verschlechtern bzw. sogar zerstören. Hier hat das Team eine Fürsorgepflicht für alle Klienten wahrzunehmen. Zudem kann das Behandlungsteam durch fehlplatzierte Klienten hinsichtlich seiner Ressourcen und eigenen psychischen Stabilität einseitig belastet und im Extremfall handlungsunfähig gemacht werden. Letztlich kann es nach Fehlplatzierungen in forensisch-stationären Behandlungssettings zu langwierigen und eher ergebnisarmen juristischen Windmühlkämpfen statt zur intensiven und erfolgreichen inhaltlichen Zusammenarbeit zwischen geeigneten Klienten und Behandlungsteam kommen.

Es ist seit langem bekannt, dass hohe «Psychopathy»-Werte ein negativer Prädiktor für erfolgreiche Therapieverläufe sind. Insbesondere stark ausgeprägte manipulative Fähigkeiten stellen therapeutisch eine besondere Herausforderung dar. Vor diesem Hintergrund muss bei einigen hoch psychopathisch strukturierten Klienten die Gefahr der dysfunktionalen Instrumentalisierung angelernter bzw. assimilierter therapeutischer Techniken zur weiteren Stabilisierung delinquenznaher Verhaltensdispositionen und des kriminellen Lebensstils ernst genommen werden [25]. Ein solcher Klient benutzt beispielsweise Elemente aus Emotions- und Empathietrainings nicht für die persönliche positive Weiterentwicklung, sondern für intransparente Manipulationen nicht optimal in das Behandlungsteam integrierter Milieutheraeutisten. Dies wird z.B. dadurch versucht, dass der Klient sich scheinbar intensiv und verständnisvoll um persönliche Probleme des Mitarbeiters kümmert, nach Schwachstellen und Teamspaltungsmöglichkeiten sucht und bei passender Gelegenheit über eine etablierte kumpelhafte Beziehung persönliche Vorteile am eigentlichen Behandlungskonzept vorbei zu erreichen versucht.

Dennoch: Das grosszügige und evtl. zu frühe Ausgrenzen bestimmter (noch) nicht behandelbarer Klienten erschwert bzw. verhindert die Entwicklung innovativer Therapiekonzepte für eben diese Tätergruppe, und manche Täter brauchen viele Monate für einen echten Einstieg in die Behandlung.

In einem ersten Schritt sollte jedoch darauf geachtet werden, dass zu etablierende Behandlungskonzepte mit mehrheitlich lösbaren Aufgabenstellungen zusammengebracht werden, da nur so eine Konsolidierung und Aus-

Tabelle 2

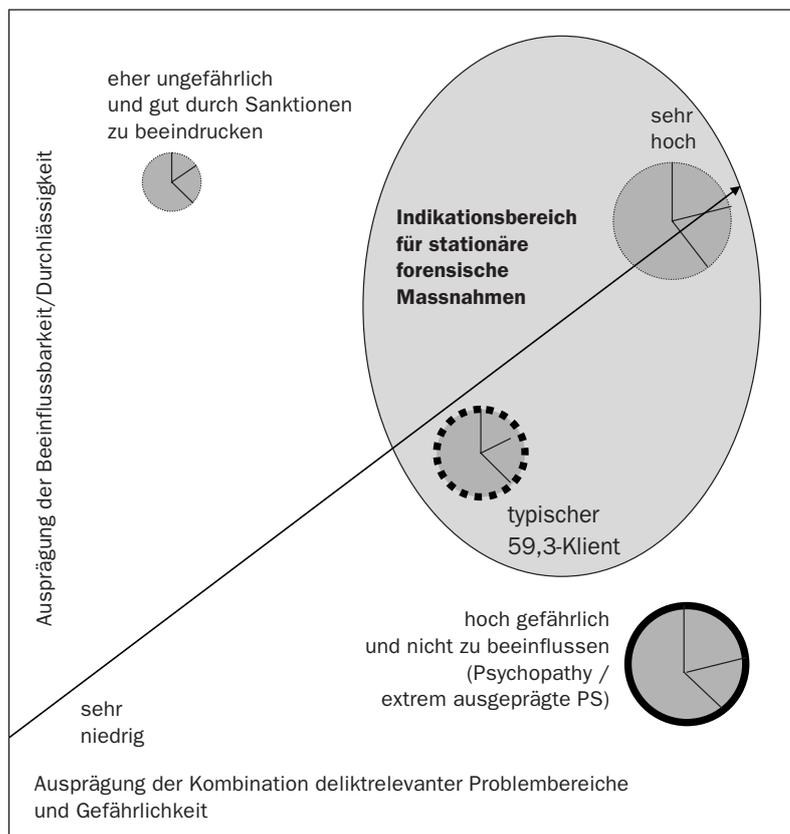
Mangelnde Durchlässigkeit als langfristige Ausschlusskombination für stationäre forensische Massnahmen.

Kein authentischer Kontakt mehr zu innerpsychischen Grundbedürfnissen herstellbar
Ausgeprägte psychopathische Strukturierung mit dysfunktionaler Instrumentalisierung therapeutischer Techniken
Keine ausreichende Ansprechbarkeit auf therapeutische Beziehungs- und Behandlungsangebote
Keine Abbildung der deliktrelevanten Störungen und Problembereiche im Behandlungsalltag

differenzierung entstehender Behandlungseinrichtungen zur Durchführung stationärer Massnahmen ermöglicht wird. Behandlungen in hoch gesicherten Massnahmeeinrichtungen sind gemäss Art. 59 Abs. 3 nur dann zulässig, wenn es sich um hoch fluchtgefährdete und/oder stark rückfallgefährdete Straftäter handelt. Aufgrund dieser Definition liegt auf der Hand, dass es bei den in der FPA behandelten Massnahmeklienten um eine Negativselektion und eine bestimmte Untergruppe der gesamten stationären Massnahmepopulation handelt. Stationäre Massnahmebehandlungen werden daher auch in weniger hoch gesicherten Settings für Täter mit moderat ausgeprägten Störungen bzw. einer mittleren Gefährlichkeit umgesetzt. Auch dies entspricht den von Andrews und Bonta (1994) formulierten Prinzipien der Risiko- und Bedürfnisorientierung sowie der Ansprechbarkeit eines Täters hinsichtlich forensisch-therapeutischer Interventionen [26].

Mit dem Etikett «unbehandelbar» ist ohnehin aus ethischen und fachlichen Gründen zurückhaltend umzugehen

Abbildung 1 Zusammenhänge von Therapienotwendigkeit und Therapiefähigkeit.



(vgl. auch Noll et al. [27]). Ausschlaggebend ist hier nicht die initiale Motivationslage des Täters (Motivationsarbeit gehört in vielen forensischen Behandlungen in nahezu allen Therapiephasen zur notwendigen inhaltlichen Arbeit), sondern vielmehr die o.g. Aspekte insbesondere der Alienation und der Rigidität, die oftmals kognitiver und emotionaler Ausdruck einer schwer chronifizierten psychischen Störung bzw. eingeschliffrener und festgefahrener delinquenznaher Einstellungen und Überzeugungen sind.

Bei dieser Einschätzung geht es weniger um den bekundeten Willen des Täters zum Zeitpunkt von Begutachtung und Verurteilung, sondern vielmehr um die fachliche Einschätzung seiner therapeutischen Beeinflussbarkeit, seiner psychischen Durchlässigkeit anhand o.g. Kriterien.

#### Literatur

- 1 Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F. Zürcher Forensik Studie. Abschlussbericht des Modellversuchs «Therapieevaluation und Prädatorenforschung». www.zurichforensic.org.
- 2 Urbaniok F & Endrass J (2011). Prävention und Opferschutz: Wirksamkeit und Kosteneffizienz spezifisch deliktpräventiver Therapieangebote zur Verhinderung von Gewalt- und Sexualstraftaten. [http://bios-bw.de/images/stories/pdfs/bios\\_ppd\\_kosteneffizienz\\_studie\\_4-2\\_2011.pdf](http://bios-bw.de/images/stories/pdfs/bios_ppd_kosteneffizienz_studie_4-2_2011.pdf)
- 3 Noll T, Graf U, Stürm M, Urbaniok F. Anforderungen an den Vollzug stationärer Massnahmen in einer geschlossenen Strafanstalt nach Art. 59 Abs. 3 StGB. Aktuelle Juristische Praxis. 2008, 12, 1553–9.
- 4 Urbaniok F, Stürm M. Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern. Teil 1: Entstehungsgeschichte und methodische Grundlagen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 2006a;157:103–18.
- 5 Urbaniok F, Stürm M. Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern. Teil 2: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 2006b; 157:119–33.
- 6 Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F. Wirksamkeit von Therapien bei Gewalt- und Sexualstraftätern. Psychiatrische Praxis. 2008;35:8–14.
- 7 Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. Journal of Experimental Criminology. 2005;1:117–46.
- 8 von der Haar M. Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Nieders. LKH Wunstorf, Fachabteilung Bad Rehburg: Eigenverlag, 2005.
- 9 Sachse R. Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 2001.
- 10 Sachse R. Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 2004.
- 11 Sachse R. Persönlichkeitsstörungen verstehen: Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Psychiatrie-Verlag; 2009.
- 12 Grawe K. Psychologisch Therapie. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- 13 Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2004.
- 14 Caspar F. «Das kriegen wir schon hin!» – Überlegungen zur therapeutischen Beziehung. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis. 2007;2: 321–33.
- 15 Marshall WL, Ward T, Mann RE, Moulden H, Fernandez YM, Serran G, et al. Working positively with sexual offenders: maximizing the effectiveness of treatment. Journal of Interpersonal Violence. 2005;20:1096–114.
- 16 Meux C, Newirth C, Taylor PJ. Personality disorder and serious offending: hospital treatment models. Oxford: University Press, 2006.
- 17 McMurrin M (Ed.). Motivating offenders to change: a guide to enhancing engagement in therapy. Sussex: Wiley; 2002.
- 18 Urbaniok F. Teamorientierte Stationäre Behandlung in der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme; 2000.
- 19 Fiedler P. Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim: Beltz; 1999.
- 20 Fiedler P. Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Weinheim: Beltz; 2004.
- 21 Fiedler P. Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz; 2007.
- 22 Urbaniok F. FOTRES: Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System. Bern: Zytglogge; 2007.
- 23 Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist – Revised: Manual, 2nd Ed. Toronto: Multi Health Systems; 2003.
- 24 Hanson RK, Thornton D. Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders. User report 99-02. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada; 1999.
- 25 Harris GT & Rice ME (2006). Treatment of psychopathy: A review of empirical findings. In CJ Patrick (Ed.), Handbook of Psychopathy (pp. 555–72). New York: Guilford.
- 26 Andrews DA, Bonta J. The Psychology of Criminal Conduct. Cincinnati: Anderson, 1994.
- 27 Noll T, Graf U, Stürm M, Borchard B, Spiller H, Urbaniok F. Erste Praxiserfahrungen mit stationären Massnahmen nach Art. 59 Abs. 3 StGB. Aktuelle Juristische Praxis. 2010;5:593–8.