

THEMENSCHWERPUNKT

Zur Organisation von Behandlung im Strafvollzug: Entwicklungen in Niedersachsen und Überlegungen zur Wirksamkeit

Stefan Suhling

1 Einleitung

Dieser Artikel ist für diejenigen verfasst worden, die einen Einblick in die Behandlungsorganisation des Strafvollzugs eines Bundeslandes gewinnen wollen und Interesse an Fragen der Wirksamkeit des Strafvollzugs haben. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass in der kriminologischen und rechtspsychologischen Literatur Übersichten darüber, was eigentlich in den ja unterschiedlich ausgerichteten und organisierten Justizvollzügen „so läuft“, sehr selten sind. Es gibt auch kaum Austausch- oder Diskussionsforen bzw. -veranstaltungen, die zu diesem Zweck genutzt werden können.

Dabei ist der Zeitpunkt für solch einen Austausch sehr günstig: Nach mehr als einem Jahrzehnt, in dem der Sicherungsgedanke (Vermeidung von Entweichungen, Straftaten und Auflagenverletzungen während Lockerungen usw.) eine Dominanz entfaltet hatte, die der Fortentwicklung der Behandlung von Gefangenen nicht immer genutzt hat, sind nun Gegenbewegungen erkennbar. Man macht sich mehr Gedanken über Behandlung und deren Wirksamkeit. Bislang ist der im Rahmen der Föderalismusreform befürchtete Wettlauf der Bundesländer um mehr Sicherheit, die Einschränkung kostenintensiver Resozialisierungsprogramme und die Beschränkung vollzugsöffnender Maßnahmen ausgeblieben. Im Gegenteil: Es ist eher ein Wettlauf um positive Konzepte zur Erreichung des Resozialisierungsziels zu erkennen. Daneben gehen die Belegungszahlen im Justizvollzug mitunter deutlich zurück, so dass erwartet werden kann, dass zusätzliche Ressourcen für die Behandlung der Gefangenen eingesetzt werden können.

Dabei kann es selbstverständlich nicht nur um ein bloßes „Mehr“ an Behandlung gehen. Vielmehr sollte zusätzlich zu Konzepten konkreter Bildungs- und Behandlungsmaßnahmen auch auf Konzepte zu den Rahmenbedingungen und die Organisation der Maßnahmen geachtet werden. Übersichtsarbeiten zu Bedingungen wirksamer kriminalpräventiver Maßnahmen im Strafvollzug weisen etwa darauf hin, dass gut ausgebildetes und supervervidiertes Personal wichtig ist, dass der institutionelle Kontext klar strukturiert und kontrolliert sein sollte und dass gleichzeitig ein positives Klima in der Institution und in den Behandlungsmaßnahmen förderlich wirkt. Diese Arbeiten betonen unter anderem auch den Stellenwert einer angemessenen Risikoklassifikation und,

darauf gestützt, der Auswahl der Teilnehmer. Wirksamkeitsstudien belegen daneben die positive Rolle einer angemessenen Entlassungsvorbereitung und einer ausreichenden Nachsorge für Straftäter (vgl. ausführlicher Andrews & Bonta, 2006; Behnke & Endres, 2008; Lösel & Bender, 1997; Suhling, 2008).

All diese Erkenntnisse stellen an die konkrete Organisation von (Diagnostik und) Behandlung im Strafvollzug und die Betreuung der Straftäter im Anschluss an die Verbüßung der Freiheits- bzw. Jugendstrafe konkrete Anforderungen, die in Justizvollzugsanstalten mitunter schwer zu realisieren sind (vgl. dazu z. B. die Beiträge in Bernfield, Farrington & Leschied, 2001). Im Themenfeld des „Übergangsmangements“ hat sich in den letzten Jahren eine rege Debatte entwickelt, was unter anderem mit verschiedenen Reformprojekten bei den Sozialen Diensten der Justiz zusammenhängt (vgl. z. B. Beß & Koob-Sodtke, 2007; Klug, 2007; Scherrer, 2008). Im Bereich der Behandlung im Strafvollzug gibt es bislang – sieht man vielleicht vom „Spezialgebiet“ Sozialtherapie ab – vergleichsweise wenig Diskussion über angemessene Ablauf und Organisationsstrukturen (vgl. aber Jesse, 2010; Mayer, 2010a, b; Meinen, 2010). So existiert bislang etwa kein Konsens bezüglich der praktischen Fragen, wie man organisatorisch sicherstellen kann, dass der Behandlungsbedarf der Gefangenen angemessen festgestellt wird, die Ergebnisse der vollzuglichen Diagnostik und Prognostik auch mit dem vorgehaltenen Behandlungsangebot der Justizvollzugsanstalten abgestimmt sind und die Gefangenen tatsächlich in die Maßnahmen gelangen, die ihren Behandlungsbedarf abdecken. Auch gibt es keine durchweg bewährten Konzepte zur Überprüfung der Fortschritte und persönlichen Entwicklungen der Gefangenen, der Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen sowie der Wirksamkeit der vollzuglichen Interventionen insgesamt (vgl. Suhling, 2009).

Der vorliegende Aufsatz kann als ein Diskussionsangebot in dieser Hinsicht verstanden werden und gliedert sich in zwei Teile: In Abschnitt 2 werden verschiedene organisatorische Bausteine der Steuerung von Behandlung im niedersächsischen Strafvollzug vorgestellt. In Abschnitt 3 wird ein – nicht auf Niedersachsen beschränkter – Ausblick auf mögliche Strukturen der Behandlung im Strafvollzug der Zukunft gewagt. In diesem Abschnitt wird dargelegt, welche Maßnahmen der Organisationsentwicklung nötig wären, damit sich der Strafvollzug einem integrierten Konzept wirksamer Behandlung annähert.

2 Strukturen und Bedingungen der Behandlungssteuerung in Niedersachsen

Im Folgenden werden unterschiedliche Aspekte und Entwicklungen in der Behandlungssteuerung im niedersächsischen Justizvollzug beschrieben. Auf einzelne Behandlungsmaßnahmen kann dabei – mit Ausnahme der Sozialtherapie, die aber eigentlich auch nicht als „einzelne“ Behandlungsmaßnahme gelten kann – nicht eingegangen werden.

2.1 Controlling

Der niedersächsische Justizvollzug verfügt seit dem Jahr 2005 über ein Ziel- und Steuerungssystem, in dem verschiedene Richtungsziele formuliert sind (z. B. sichere Unterbringung, vollzugliche Grundversorgung, hohe Beschäftigung, effektiver Personaleinsatz). Unter dem Wirkungs- bzw. Richtungsziel „Wirksame Behandlungsangebote“ werden verschiedene Einzelziele formuliert, die – neben Entlassungsvorbereitung sowie schulischen und beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen – auch verhaltensändernde Einzel- und Gruppenmaßnahmen betreffen. Zu letzteren zählen zum Beispiel:

- das Soziale Training nach **Otto** (1988) und dessen Weiterentwicklungen und Anpassungen an spezielle Gruppen,
- sucht- und gesundheitsbezogene Trainings,
- Vorbereitungsmaßnahmen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen,
- Anti-Gewalt-Trainings,
- das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter nach Wischka, Foppe, Griepenburg, Nuhn-Naber & Rehder (2001)
- Naikan (vgl. dazu Ansorge, 2010).

Sowohl zu den Gruppenmaßnahmen als auch zu den Einzelangeboten berichten die Justizvollzugseinrichtungen regelmäßig an das Justizministerium

- die absolute Zahl der Teilnehmer,
- die absolute Zahl der Teilnehmer, die an der überwiegenden Zahl der Sitzungen bzw. Termine teilgenommen hat, sowie
- die an der Durchschnittsbelegung der Strafgefangenen relativierte Zahl der Teilnehmer.

Daneben bestehen Kennzahlen zur Zahl der Gefangenen in einer sozialtherapeutischen Abteilung (sozialtherapeutische Anstalten gibt es in Niedersachsen nicht), zur Zahl der regulär von dort Entlassenen und zur Zahl der regulär Entlassenen im Verhältnis zur Zahl der Gefangenen in der Sozialtherapie.

Vollzugspläne sind das vollzugliche Instrument für die individuelle Behandlungsplanung, weshalb ihnen eine zentrale Rolle bei der Befähigung zu einem straftatfreien Leben zukommen kann (vgl. Cottonaro & Suhling, 2007). Die niedersächsischen Justizvollzugsanstalten erfassen im Rahmen des Controllings regelmäßig die Zahl der tatsächlich durchgeführten Vollzugsplanungen und Vollzugsplanfortschreibungen und setzen sie zur Zahl der gesetzlich vorgeschriebenen Vollzugsplanungen in Beziehung.

Mit der Einführung des Controllings wurde ein wichtiger Schritt zur Herstellung von Transparenz des Behandlungsangebots der Justizvollzugsanstalten unternommen. Die an der Durchschnittsbelegung relativierten Teilnehmerzahlen an Behandlungsmaßnahmen sowie die an den gesetzlichen Bestimmungen gemessenen Vollzugsplanungen (Ist-Soll-Vergleich) geben einen Einblick in die behandlungsbezogenen Aktivitäten. Das ist mehr als nichts und mehr, als in vielen anderen Bundesländern an systematisch erhobener Information über Behandlung im Strafvollzug zur Verfügung steht. Mit den Daten sind Minis-

terium und Anstalten in der Lage, in diesem Bereich zumindest quantitativ steuernd einzugreifen, etwa, wenn Teilnehmerquoten im Vergleich zu anderen Anstalten oder den gesetzten Zielen zu niedrig oder Abbruchquoten zu hoch ausfallen. Hierzu gibt es auch Landesbenchmarks, die spezifizieren, was insgesamt zu erreichen ist.

Allerdings beschränken sich die verfügbaren Informationen auf strukturell-quantitative Daten. Ob das Personal für die Maßnahmen qualifiziert ist, welche Gefangenen in die Maßnahmen gelangen, ob die Maßnahmen am Bedarf der Gefangenen ausgerichtet sind, wie intensiv und wie strukturiert sie durchgeführt werden, was in ihnen gemacht wird (nähere Inhalte, Methoden), ob die Teilnehmer mit ihnen zufrieden sind oder ob die Maßnahmen ihre Ziele erreichen, ist nicht erkennbar. Mit anderen Worten ist über die Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen so gut wie nichts zu erfahren. Allenfalls weisen hohe Abbrecherquoten auf Probleme in den Maßnahmen hin, wobei auch hier unklar bleiben muss, worauf genau diese Quote hinweist (unangemessene Teilnehmersauswahl? nicht ausreichend qualifizierte Trainer? nicht zielgruppenbezogene Inhalte oder Methoden?). Aufgrund dieser Oberflächlichkeit sind auch Vergleiche zwischen Anstalten und ein landesweiter behandlungsbezogener Austausch über „best practices“ der Behandlungssteuerung anhand der Controlling-Zahlen allein kaum sinnvoll.

2.2 „Behandlungsatlas“

Der niedersächsische Justizvollzug verfügt deshalb seit 2007 über einen „Behandlungsatlas“, in den die Justizvollzugsanstalten ihre Bildungsmaßnahmen und ihre verhaltensändernden Maßnahmen eintragen. Er ist über das Internet für Zugangsberechtigte einsehbar und bildet das wichtigste Tool zur Herstellung von Transparenz im Bereich der resozialisierenden Maßnahmen. Die Maßnahmen lassen sich geordnet nach Anstalt, Maßnahmetyp (alle Maßnahmen, schulische Maßnahmen, berufliche Maßnahmen, verhaltensändernde Gruppen- oder Einzelmaßnahmen) und Zeitraum darstellen. Es ist auch möglich, alle Maßnahmen in allen Anstalten zu einem bestimmten Zeitpunkt anzuzeigen. Mit wenigen Klicks lässt sich so zum Beispiel ermitteln, dass es am 01.12.2010 in den niedersächsischen Justizvollzugseinrichtungen 308 laufende Maßnahmen gab: 64 schulische und 101 berufliche Qualifizierungsmaßnahmen, 120 verhaltensändernde Gruppenmaßnahmen und 23 verhaltensändernde Einzelmaßnahmen.

Mit einem Klick auf eine Maßnahme werden weitere Informationen angezeigt: Neben ihrem Namen, der JVA, in der sie stattfindet, dem Zeitraum der Maßnahme und der minimalen und maximalen Teilnehmerzahl werden z. B. dargestellt:

- Kontaktdaten und Qualifikation der Anbieter,
- Ziele und Inhalte der Maßnahme,
- Methodik,
- zeitlicher Umfang,

- Ausschließungs- und Ablösungsgründe,
- Kriterien der Erfolgsmessung sowie Form der Dokumentation des individuellen Maßnahmeerfolgs.

Außerdem ist im Behandlungsatlas bei jeder Maßnahme zu erkennen, mit wie vielen Teilnehmern begonnen wurde. Monatlich wird angegeben, wie viele Neuaufnahmen, reguläre Abschlüsse und Ausschließungen/Abbrüche es gab. Diese Zahlen werden unter anderem für das Controlling genutzt (vgl. Abschnitt 2.1). Auch wird notiert, ob noch Teilnehmer in die Maßnahme aufgenommen werden können.

Vor allem diese letzte Information kann im Sinne einer bedarfsorientierten Vollzugsplanung sehr relevant sein: Ein Ziel des Behandlungsatlasses ist, dass für Gefangene die richtigen Maßnahmen gefunden werden können. Zum einen können sich die Aufnahmeabteilungen der Anstalten über den Behandlungsatlas sehr leicht über die Behandlungsangebote vor Ort informieren und so den Vollzugsverlauf der Inhaftierten besser planen. Darüber hinaus kann das Angebot in ganz Niedersachsen überblickt werden. Justizvollzugsanstalten ist es in der Regel nicht möglich, für die Vielfalt der individuellen Behandlungsbedürfnisse der Gefangenen eine ebenso große Vielfalt an Maßnahmen vorzuhalten. Mit dem Behandlungsatlas soll es möglich sein, passende Behandlungsangebote zu finden und ggf. eine – vielleicht auch temporäre – Verlegung des Gefangenen in die Anstalt in die Wege zu leiten, die ein solches Angebot vorhält.

Derzeit ist geplant, in den Behandlungsatlas stärker als bislang Qualitäts- und Wirksamkeitsaspekte einfließen zu lassen. Aus der Perspektive der Strukturqualität erscheint es unter anderem sinnvoll, dass

- konkrete Ziele der Maßnahme genannt werden, deren Erreichung während des Vollzugs festgestellt werden kann,
- die Zielgruppe der Maßnahme nach spezifischen Kriterien definiert ist,
- der Maßnahme ein strukturiertes Konzept zugrunde liegt, das unter anderem die Zusammenhänge zwischen den Behandlungszielen und dem Vollzugsziel der „Befähigung zu einem Leben in sozialer Verantwortung ohne Straftaten“ spezifiziert,
- die durchführenden Personen eine für die Maßnahme spezifische Qualifikation aufweisen,
- die Auswahl der Teilnehmer nach einem strukturierten Bedarfsermittlungsverfahren erfolgt.

Mit dem Behandlungsatlas wurde eine sehr sinnvolle Ergänzung zum Controlling-System geschaffen. Er ermöglicht eine sehr weitgehende Transparenz in dem Bereich der Behandlungsmaßnahmen und eine bessere, bedarfsgerechte Vollzugsplanung. Gleichzeitig birgt er Potential für vielfältige Weiterentwicklungen. Eine kürzlich eingeführte Neuerung ermöglicht den Autoren von Maßnahmen etwa, die Maßnahmenkonzepte als Dokument im Behandlungsatlas zu hinterlegen. Diese Dokumente können heruntergeladen werden. Mit dem Behandlungsatlas entsteht so auch eine Plattform für behandlungsbezoge-

nes Wissen, von dem alle Bediensteten, die Ideen für die (Fort-)Entwicklung eigener Maßnahmen benötigen, profitieren können. Dem Behandlungsatlas kann überdies eine wichtige Rolle im behandlungsbezogenen Qualitätsmanagement zukommen.

2.3 „Behandlungskordinatoren“ und „Fachbereich Behandlung“

Zu den konkreten Maßnahmen im Rahmen der Zielsetzung, wirksame Behandlung zu gewährleisten, gehörte die Einführung von Ansprechpartnern für diesen Bereich in allen Justizvollzugsanstalten im Jahr 2008. Ziel der Einführung von Behandlungskordinatoren war, die Behandlungssteuerung personell fest zu ordnen und die Verantwortlichkeit (in den Anstalten, aber auch für das Justizministerium) transparent zu machen. Damit ist die Hoffnung verbunden, den Behandlungsbereich weiter in Richtung einer bedarfsgerechten Quantität, einer gesicherten Qualität und einer hohen Wirksamkeit zu entwickeln.

Zu den Aufgaben der Behandlungskordinatoren gehörten:

- die Ermittlung des Bedarfs an verhaltensändernden Maßnahmen in Absprache mit den Aufnahmeabteilungen und den „Behandlern“,
- die Initiierung neuer Behandlungsmaßnahmen mit den Fachdiensten und dem Allgemeinen Vollzugsdienst und
- die Organisation und Aktualisierung der Dokumentation der Maßnahmen im Behandlungsatlas.

Die Koordinatoren sollten ein Mitspracherecht bei der Gestaltung von bereichsspezifischen Kennzahlen haben; regelmäßige Arbeitstreffen aller Koordinatoren im Justizministerium dienten auch der Gewährleistung eines einheitlichen (jva-übergreifenden) Verständnisses dieser Zahlen. Auch zum Thema der Wirksamkeit des Strafvollzugs und von Behandlungsmaßnahmen fanden Vorträge und Diskussionen statt.

Zunächst wurde in der Gruppe der Behandlungskordinatoren auch intensiv über die Themen Entlassungsvorbereitung und Übergangsmanagement diskutiert. Da auch in diesem Bereich Schwerpunkte der strategischen Arbeit des Justizvollzugs gesetzt werden und die damit verbundenen Tätigkeiten (etwa Abstimmung mit dem Ambulanten Justizsozialdienst) nicht allein von den Behandlungskordinatoren geleistet werden konnten, wurden von allen Anstalten im Jahr 2009 neben den Behandlungskordinatoren auch Koordinatoren für Entlassungsvorbereitung benannt. Mit der Einrichtung dieser Funktionsstellen in den Anstalten und der Möglichkeit, sich über diesen Personenkreis landesweit etwa über Standards zu verständigen, wurden die Bereiche der Behandlung und Entlassungsvorbereitung aufgewertet.

Ein nächster Schritt in diese Richtung wurde im April 2010 gegangen, als das Ministerium Rahmenrichtlinien für die Organisation der Justizvollzugseinrichtungen erlassen hat (vgl. zur Grundlage § 173 NJVollzG). Bis zum 31.12.2010 hatten alle Anstalten in ihrem Organisationsplan Fachbereiche vorzusehen, die Querschnittsaufgaben für die gesamte Anstalt erfüllen. Es sollten unter ande-

rem die Fachbereiche Personal und Organisation, Finanzen und Versorgung, Sicherheit sowie Behandlung (und ggf. Bildung) eingerichtet werden.

Vorteil dieser Installation des Behandlungsbereichs in den Kanon der Fachbereiche ist, dass Behandlung im Vergleich zu vorher aufgewertet wird und nun gleichrangig neben den anderen Fachbereichen steht. Der „Behandlungsgedanke“ wird vertieft und weiterentwickelt; die Kompetenzen der Fachdienste werden gebündelt. Durch eine Aufnahme der Fachbereichsleitung in das Konferenzsystem der Anstalten können bessere Abstimmungen erfolgen als bislang. Da alle niedersächsischen Anstalten auch über Aufnahmeabteilungen verfügen, stehen diesen (schon seit der Einrichtung der Behandlungskoordinatoren) Ansprechpartner für die lokale Planung von Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Durch die Vernetzung der Fachbereichsleitungen kann eine landesweite Abstimmung des „Behandlungsportfolios“ möglich werden.

2.4 Entwicklungen im Bereich der Sozialtherapie

Wenn über verhaltensändernde Maßnahmen gesprochen wird, kommt man an der Sozialtherapie nicht vorbei. Die integrative Sozialtherapie stellt sicherlich die intensivste Behandlungsmaßnahme dar, die es im Strafvollzug gibt. Auf generelle Konzepte und allgemeine Entwicklungen in diesem Bereich muss vorliegend nicht näher eingegangen werden (vgl. Drenkhahn, 2007; Rehn, Wischka, Lösel & Walter, 2001; Spöhr, 2009; Wischka, Rehder, Specht, Foppe & Willems, 2005).

Das niedersächsische Justizvollzugsgesetz von 2008 hat in § 104 Absatz 1 den Personenkreis, der potentiell in die Sozialtherapie zu verlegen ist, im Vergleich zum § 9 Absatz 1 Strafvollzugsgesetz erheblich erweitert. Dies macht den Ausbau der Plätze in der Sozialtherapie und verschiedene konzeptuelle Veränderungen notwendig, die zum Anlass genommen wurden, auch in diesen wichtigen, aber gemessen an der Gesamtzahl der Haftplätze vergleichsweise kleinen Bereich mehr Transparenz zu bringen und auch Standards für die sozialtherapeutische Arbeit zu definieren. Über zwei Jahre hinweg wurde ein Rahmenkonzept für die Sozialtherapie erarbeitet (herunterzuladen von http://www.mj.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=3751&article_id=10505&_psmand=13). Es richtet sich dabei nicht nur an die nicht sozialtherapeutischen Vollzugsbereiche und ggf. an die fachliche Öffentlichkeit, sondern auch an die sozialtherapeutischen Einrichtungen selbst, indem Standards definiert werden, die für alle verbindlich sind. Es werden z. B. ein Phasenkonzept für die Behandlung, ein klares Verfahren für Rückverlegungen und ein einheitlicher Aufbau der Behandlungsakten festgeschrieben und es wird etwa klargestellt, dass Einzelbehandlungsmaßnahmen zur Sozialtherapie dazugehören. Auch wird der Personalschlüssel auf zwei Fachdienste und drei Bedienstete des Allgemeinen Vollzugsdienstes pro zehn Haftplätze festgelegt.

Das Rahmenkonzept schafft auch für diejenigen Justizvollzugsanstalten Orientierung, die neue sozialtherapeutische Abteilungen eröffnen. So wurden kürzlich in der JVA Celle (einer Anstalt der höchsten Sicherheitsstufe, in der Gefangene mit langen und lebenslänglichen Strafen sowie Sicherungsver-

wahrte untergebracht werden) zehn und in der JVA Wolfenbüttel (einer weiteren Anstalt der höchsten Sicherheitsstufe) 20 Plätze für Sozialtherapie geschaffen. Insgesamt verfügt Niedersachsen nun über 295 Haftplätze in der Sozialtherapie. Bei einer Belegungsfähigkeit im Strafvollzug (also ohne Untersuchungshaft) von ca. 6.000 Plätzen sind das 4,9 % aller Haftplätze.

3 Diskussion und Ausblick: Der Weg zu einem integrierten System der Behandlungssteuerung

Die vorgestellten Bausteine der Organisation von Behandlung im niedersächsischen Justizvollzug können als wichtige Elemente zur Erreichung des Ziels wirksamer Behandlungsangebote betrachtet werden. Durch das Controlling-System sind quantitative Daten zu Maßnahmen, Maßnahmeteilnehmern und -abbrechern verfügbar. Der Behandlungsatlas liefert zudem qualitative und auch wirksamkeitsrelevante Informationen über die Behandlungsmaßnahmen und kann für eine bessere Vernetzung von Maßnahmeplanung und -umsetzung innerhalb und zwischen den Justizvollzugsanstalten sorgen. Dieses Ziel soll zudem durch die Einrichtung des Fachbereichs Behandlung erreicht werden, dessen Leiter verantwortlich für die verhaltensändernden Maßnahmen zeichnet und unter anderem mit den in allen niedersächsischen Justizvollzugsanstalten vorhandenen Aufnahmeabteilungen eng zusammenarbeiten soll.

Auch wenn es dazu keine systematischen Informationen aus Evaluationsstudien gibt, kann man aus einer Innenperspektive sagen, dass sich auf dem Gebiet der verhaltensändernden Maßnahmen (wie auch im Bildungsbereich und bei der Entlassungsvorbereitung) einiges getan hat; der Bereich ist „in Bewegung“, und zwar in die richtige Richtung. Gleichwohl ist der niedersächsische Justizvollzug von einem integrierten System der Organisation und Steuerung wirksamer Behandlungsmaßnahmen noch ein gutes Stück entfernt. Hierzu lassen sich folgende Punkte ausführen:

(1) Wirksame Behandlungssteuerung fängt mit der diagnostischen Tätigkeit zu Beginn der Freiheitsstrafe an. Dies hat im deutschen Sprachraum zuletzt Mayer (2010a, b) in seiner Beschreibung des – auch hinsichtlich der Organisation von Behandlung insgesamt beeindruckenden – Schweizer Konzepts des „Risikoorientierten Sanktionenvollzugs“ mit Verweis auf die international anerkannten Arbeiten von Andrews und Bonta (2006) betont (eine gute deutsche Übersicht findet man z. B. bei Lösel & Bender, 1997). Andrews, Bonta und Kollegen haben in ihrem Modell empirisch herausgearbeitet, dass in wirksamer Straftäterbehandlung zunächst ein Eingangs-Assessment durchgeführt wird, in dessen Rahmen die individuellen Risikofaktoren für Rückfälligkeit bestimmt werden. Je höher das Risiko gesehen wird, desto intensiver muss behandelt werden, wobei sich die Behandlung auf diejenigen veränderbaren Risikofaktoren konzentrieren soll, die sich in empirischen Studien auch als relevant für Rückfälligkeit erwiesen haben. Zudem sind Behandlungsmaßnahmen so auszugestalten, dass sie zu den individuellen Lernstilen der Behandelten passen und weitere Besonderheiten (etwa geringe Intelligenz oder

mangelhafte Motivation) berücksichtigen, die für die Ansprechbarkeit/Erreichbarkeit der Behandelten durch die Maßnahmen relevant sind.

Für den Strafvollzug bedeutet dies, dass zunächst eine Eingangsdiagnostik stattfinden muss, in der die individuellen straftat- und rückfallrelevanten Bedingungen festgestellt werden. Da eine ausführliche Behandlungsuntersuchung dieser Art wegen mangelnder Ressourcen nicht für alle Gefangenen möglich ist, wird man ein abgestuftes Verfahren wählen müssen: Anhand formaler Kriterien (etwa: Gewalt- oder Sexualstraftäter, lange Haftstrafe usw.) oder als Resultat eines Risiko-Screenings kann entschieden werden, bei wem eine intensive und bei wem eine weniger intensive Eingangsdiagnostik durchzuführen ist. Im Rahmen des intensiveren Assessments sind dann, ausgehend von den erhobenen Daten zum Risikoniveau und zu den Behandlungsbedürfnissen bzw. den zu verändernden individuellen Merkmalen (etwa: soziale Kompetenz, Einstellung zu Gesetzen und zu Gewalt, Sucht), die vollzuglichen Maßnahmen zu planen. Dabei ist der Behandlungsatlas behilflich.

Obwohl die grundsätzlichen organisatorischen Strukturen (Aufnahme- bzw. Diagnostik-Abteilungen) in den niedersächsischen und vermutlich auch in den meisten anderen JVA's Deutschlands vorhanden sind, fehlt es in Deutschland zumeist noch an inhaltlichen Kriterien, die etwa die Entscheidung über eine intensive oder weniger intensive Eingangsdiagnostik steuern. Obwohl mittlerweile auch in Deutschland entwickelte bzw. aus dem englischen Sprachraum übersetzte Instrumente zur Ermittlung des Rückfallrisikos vorliegen (vgl. z. B. Dahle, Schneider & Ziethen, 2007; Quenzer, 2010), sind diese oft für spezifische Gefangenengruppen konzipiert (Gewalt- und Sexualstraftäter) oder erfordern so viel Expertise, dass sie nur von psychologischen Fachkräften angewendet werden können. Was fehlt, sind Screeninginstrumente, die zumindest für die Anfangsentscheidung über den zu betreibenden diagnostischen Aufwand Hilfestellungen bieten und nicht notwendigerweise nur von den psychologischen Fachkräften angewendet werden können (vgl. zu Beispielen Mayer, 2010; Rettenberger, Mönichweger, Buchelle, Schilling & Eher, 2010; Taylor, 1999). Bearbeitungsintensive Instrumente wie HCR-20 (Müller-Isberner, Jöckel & Gonzalez Cabeza, 1998), SVR-20 (Müller-Isberner, Gonzalez Cabeza & Euecker, 2000), PCL-R (Hare, 2003), SAVRY (Bartel, Borum & Forth, 2000) oder auch das LSI-R (Andrews & Bonta, 1995) sollten bei den ausführlicher zu untersuchenden Inhaftierten eingesetzt werden.

Ein Grund für das Fehlen von Screening-Instrumenten dürfte auch darin zu finden sein, dass die Ergebnisse der Eingangsdiagnostik selten standardisiert und elektronisch vorliegen. Vielmehr herrscht – allein in Niedersachsen – bezogen auf die Behandlungsuntersuchung eine immense Vielfalt an Vorgehensweisen und (Papier- und Bleistift-)Formularen, die systematische (und regelmäßig z. B. durch die Kriminologischen Dienste wiederholbare) Forschung zu personbezogenen Prädiktoren der Rückfälligkeit und damit die Entwicklung von Screening-Instrumenten schlicht aussichtslos macht. Insofern liegt eine wichtige Zukunftsaufgabe darin, die Ablauf- und Dokumentationsprozesse im Rahmen der Behandlungsuntersuchung weiterzuentwickeln. Es sollten

für die verschieden intensiv zu untersuchenden Gefangenen jeweils Standards bezüglich der Frage definiert werden, welche Bereiche, Schwierigkeiten, Defizite und Risikofaktoren, aber auch welche Stärken und Ressourcen erhoben werden. Ein Teil der Ergebnisse ist standardisiert zu dokumentieren. Es muss gleichzeitig aber auch genug Raum für freie Texte bleiben, etwa für Beschreibungen der Biographie und der Deliktgenese (Hypothesen über die individuellen Ursachen bzw. Bedingungen der Straffälligkeit).

In der Behandlungsuntersuchung sollten auch Ziele für die Zeit in Haft formuliert werden, und dies sollte von standardisierten Einschätzungen zu vollzugszielrelevanten Bereichen begleitet werden. Konkret ist damit gemeint, dass z. B. in den Bereichen Arbeitsmarktfähigkeit, Vorhandensein förderlicher Sozialbeziehungen, Gewaltbereitschaft, Schulden, Zukunftsplänen (und ggf. individuell zu formulierenden Zielbereichen) Ratings zum Status zu Beginn der Haft vorgenommen werden. Diese zielbezogenen Informationen können zusammen mit den Vorschlägen für Behandlungs- und Bildungsmaßnahmen sehr nützlich für die Vollzugsplanfortschreibungen sein, indem sich die Vollzugsplankonferenzen unter anderem von der Frage leiten lassen können, inwiefern die Ziele bislang schon erreicht wurden, in welchem Zielbereich noch Handlungsbedarf besteht und ob die Maßnahmen, an denen der Inhaftierte teilnimmt, auch (noch) zu den Zielen passen. Die Formulierung von Zielen unterstützt den Interventionsprozess mit dem Gefangenen auch deshalb, weil Ziele wichtige Motivationsfunktionen erfüllen. Wenn es gelingt, dass Gefangene sich die formulierten Ziele zu eigen machen, kann die Veränderung zum persönlichen Projekt werden (vgl. Suhling, 2005).

Erfasst man die wesentlichen Risikomerkmale, den Eingangsstatus bezüglich der vollzugszielrelevanten Bereiche sowie die individuellen Vollzugsziele und den diagnostizierten Behandlungsbedarf der Gefangenen in der vorgeschlagenen Weise standardisiert und in elektronischer Form (etwa durch eine Weiterentwicklung des vollzuglichen EDV-Verwaltungssystems BASIS-WEB), so lassen sich auch Veränderungen der Vollzugspopulation über die Zeit beobachten. Eindrücke der Praxis (etwa derart, dass immer mehr Gefangene mit Suchtproblemen in die Anstalt kommen) können so durch konkrete Zahlen substantiiert werden und es lassen sich Analysen zu den Zusammenhängen mit anderen Problembereichen durchführen. Diese Beobachtungsdaten stellen für den Fachbereich Behandlung eine wichtige Grundlage für Veränderungen im Portfolio der angebotenen Maßnahmen dar. Mehr Transparenz bei den Eingangsmerkmalen der Vollzugskohorten kann so zu einer besseren Abstimmung mit den angebotenen Maßnahmen führen.

(2) Wenn der Strafvollzug wirksam sein will, müssen unter anderem seine Maßnahmen wirksam sein¹. Die internationale Forschungsliteratur hat eine Vielzahl von Prinzipien und Merkmalen wirksamer Programme bzw. Maß-

¹ Hier ist nicht der Ort, die vielfältigen individuellen und sozialen Bedingungen und Einflüsse auf die Entwicklung Gefangener in Haft ausführlich zu behandeln (vgl. dazu etwa Greve & Hossler, 1998; Hossler, 2008)

nahmen identifiziert (z. B. Andrews, 2001, zitiert nach Hollin & Palmer, 2006), die hier nicht im Detail wiedergegeben werden können und müssen, da sie den meisten Fachdiensten im Justizvollzug vermutlich bekannt sind. Die Prinzipien lassen sich unter den Gesichtspunkten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität strukturieren (vgl. dazu auch Suhling, 2009). Man könnte auch zwischen „program design“, „program delivery“ und „program effectiveness“ unterscheiden (vgl. Goggin & Gendreau, 2006).

Der niedersächsische Behandlungsatlas ist in diesem Zusammenhang etwa geeignet, Daten zur Strukturqualität (design) zur Verfügung zu stellen (vgl. Abschnitt 2.2). Unter dem Aspekt der Aufbau- und Ablauforganisation wirksamer Behandlung stellt sich allerdings die Frage, wer die Angaben der Programmautoren im Behandlungsatlas zu Zielen und Methoden einer Maßnahme überprüft bzw. wie sichergestellt wird, dass die Voraussetzungen für Wirksamkeit vorliegen, dass die Maßnahme sozusagen ausreichend „Wirksamkeitspotential“ aufweist. Eine ebenso wichtige Frage ist, wer die Qualität der Implementation der Maßnahme (delivery) beobachtet und sichert, denn praktische Umsetzungsprobleme im Vollzugsalltag oder Abweichungen vom Konzept können die Wirksamkeit noch so gut konzipierter Maßnahmen erheblich einschränken oder zunichte machen (z. B. Andrews & Dowden, 2005).

So etwas wie einen „Maßnahme-TÜV“ gibt es nach Kenntnis des Autors in Deutschland bislang nicht. In England und Wales ist hier vor etwas über zehn Jahren ein Gremium geschaffen worden, das seit 2002 „Correctional Services Accreditation Panel“ (CSAP) heißt. Es setzt sich aus international anerkannten Wissenschaftlern sowie Regierungsbeamten aus dem Feld der Straftäterbehandlung zusammen. Ähnliche Gremien gibt es auch in Kanada, Australien, Dänemark, Schweden und den Niederlanden (Maguire, Grubin, Lösel & Raynor, 2010). Das CSAP hat die Aufgabe, Behandlungsprogramme (v. a. verhaltensändernde Maßnahmen) nach bestimmten Kriterien (z. B. Vorliegen eines theoretischen Modells, das erklärt, wie die Maßnahme angestrebte Veränderungen hervorrufen will und welche Risikofaktoren für Delinquenz verändert werden sollen, klare Aufnahmekriterien und Zielgruppendefinition, Fokus auf Fertigkeiten, Berücksichtigung der Motivation der Teilnehmer, Vorliegen von Mechanismen und Routinen zur Beobachtung der Umsetzungsqualität, Vorliegen eines Konzepts zur Messung des Erfolgs der Maßnahme) zu prüfen und ggf. zu akkreditieren. Dazu werden den Mitgliedern des Panels meist ein Theoriemanual, ein Programm-, ein Diagnostik- und Evaluations-Manual, ein Ausbildungs- sowie ein Management-Manual zur Verfügung gestellt. Meist wird also die Strukturqualität der Maßnahmen bewertet, die Beobachtung des Programms in der Praxis kann kaum geleistet werden. Dafür entwickelte und autorisiert das CSAP Prozeduren des Qualitätsmanagements durch das Justizministerium bzw. vor Ort. Das wesentliche Instrument ist in diesem Zusammenhang das Audit.

In Deutschland (bzw. den einzelnen Bundesländern) ist die Gründung eines jva-übergreifenden Komitees zur Überprüfung von Struktur- und Prozessqualität der einzelnen Behandlungsmaßnahmen derzeit kaum denkbar. Von Maß-

nahmen-Audits oder regel- bzw. routinemäßigen „Maßnahmen-Inspektionen vor Ort“ hat man bislang auch nichts gehört; die in Niedersachsen üblichen jährlichen Besuche der JVA's durch das Ministerium erfüllen diesen Zweck jedenfalls höchstens ansatzweise. In Nordrhein-Westfalen hat der dortige Kriminologische Dienst Ideen für die systematische Dokumentation von Maßnahmekonzeptionen und den diesbezüglichen Vergleich zwischen Anstalten entwickelt und umgesetzt. Bezüglich der Reflexion und Überprüfung der tatsächlichen Maßnahmenumsetzung wird man sich in Deutschland bis auf weiteres wohl auf die – selbstverständlich nicht gering zu schätzenden – Selbststeuerungskompetenzen der Anstalten und „Behandler“ verlassen. In diesem Zusammenhang muss eine zentrale Forderung lauten, diese z. B. durch Fortbildungs- und Supervisionsangebote zu unterstützen. Auch dürfte es günstig sein, zeitliche Freiräume für das Literaturstudium und die konzeptuelle Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Verfügung zu stellen.

Auf die Überprüfung der (tatsächlichen) Wirksamkeit der einzelnen Behandlungsmaßnahmen muss hier auch noch kurz eingegangen werden (vgl. auch Suhling, 2009). Wenn möglich, sollte man methodisch hochwertige Studien durchführen, die Kontroll- oder Vergleichsgruppen nutzen. Es kann sich anbieten, dies exemplarisch für eine oder wenige Durchgänge der Maßnahme zu tun, aber im vollzuglichen Alltag ist es nicht routinemäßig möglich und auch nicht sinnvoll, solche aufwändigen Untersuchungen durchzuführen (das zeigen auch die Erfahrungen des CSAP; vgl. Maguire et al., 2010). Dies sollte die Anstalten und die Behandler jedoch nicht davon abhalten, in jeder Maßnahme für jeden Teilnehmer auf die Fortschritte im Hinblick auf die Ziele des Programms zu achten und diese – auch, aber nicht nur – standardisiert zu dokumentieren. Ein praktikables Verfahren hierfür ist die Zielerreichungs-Skalierung, die z. B. vor und nach der Maßnahme durchgeführt werden kann und in deren Rahmen neben Einschätzungen durch die Behandler oder unabhängige Beobachter auch Fragebögen oder Testverfahren eingesetzt werden können (vgl. dazu näher Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994). Für Maßnahmen mit ähnlichen Zielen könnten dabei ähnliche Fragebögen und Zielerreichungs-Skalierungen entwickelt werden. Dies könnte in Niedersachsen zukünftig zu den Aufgaben des Kreises der Leiter der Fachbereiche Behandlung gehören.

(3) Für die Abbildung wirksamkeitsrelevanter Informationen über den *gesamten Vollzugsverlauf* hinweg wäre es günstig, wenn elektronisch (z. B. in BASIS-WEB) zumindest erfasst werden würde, an welchen Maßnahmen die Gefangenen teilgenommen haben. Neben der wichtigen Funktion, dass eine solche Kodierung die Vollzugsplanfortschreibung erleichtern würde, könnten diese Daten zusammen mit den im Rahmen des Aufnahmeverfahrens bzw. der Behandlungsuntersuchung gesammelten Informationen Erkenntnisse darüber liefern, welche Gefangenen mit welchen Merkmalen (Ressourcen und Defiziten) an welchen Maßnahmen teilnehmen. Nach Berichten aus der Vollzugspraxis kommt es häufiger vor, dass Gefangene Maßnahmen beginnen, obwohl sie eigentlich keinen entsprechenden Behandlungsbedarf aufweisen. Dies kann vorkommen, wenn in einer Maßnahme noch Plätze frei sind und händelringend nach Teilnehmern gesucht wird. Obwohl solche Abläufe aus einer

wirksamkeitsorientierten Sichtweise nicht unbedingt wünschenswert sind (vor allem, wenn dafür „bedarfsdeckende“ Maßnahmen nicht angetreten werden können), sind sie nachvollziehbar, da die Anstalten natürlich nicht für alle Problemlagen angemessene Maßnahmen zu den passenden Zeitpunkten vorhalten können. Eine Überprüfung der „Passung“ von Bedarf und Angebot auf Anstaltsebene (z. B. durch den Fachbereich Behandlung) kann aber wesentlich zur Verbesserung der Steuerung des Maßnahmeangebots und der Teilnehmerselektion beitragen. Dafür benötigt man aber – wie ausgeführt – standardisierte Daten über die Teilnehmer und die Maßnahmen, an denen sie partizipiert haben.

Daneben sollte die Wirksamkeit des „Gesamtmaßnahmenpakets Strafvollzug“ am Ende der Haft durch eine abschließende Erhebung durch Bedienstete, die während der Haftzeit nicht mit der Behandlung des Gefangenen betraut waren, in den oben vorgeschlagenen Zielbereichen (Arbeitsmarktfähigkeit, Vorhandensein förderlicher Sozialbeziehungen, Gewaltbereitschaft etc.) beurteilt werden. Wenn der Status der Gefangenen in wichtigen rückfallrelevanten Bereichen gegen Ende der Haft erneut erhoben wird, ergeben sich wichtige Impulse für das Übergangsmanagement: Bereiche, in denen nach der Inhaftierung weiter gearbeitet werden muss, treten deutlich zu Tage. Übergangsmanagement beginnt allerdings schon viel früher, streng genommen zu Beginn der Haft (vgl. ausführlicher Matt, 2007). Die Messung des rückfallrelevanten Eingangstatus zu Beginn der Haft (s. o.) kann dazu beitragen, dass der Vollzug dieser Forderung gerecht wird.

Das hier skizzierte Konzept der Messung von Eingangs- und Ausgangsstatus (und damit eines „Entwicklungsfortschritts“ während der Haft) wurde z. B. von Bolay und Volz (2008) vorgeschlagen (vgl. auch Suhling, 2009), wenn auch nicht im Zusammenhang mit dem Übergangsmanagement. Es wird aktuell zumindest in der Jugendstrafanstalt in Wiesbaden (Hessen) und in der Jugendstrafanstalt in Adelsheim (Baden-Württemberg; vgl. hierzu Thomas, Stelly, Oberfell-Fuchs & Wulf, 2010) umgesetzt.

Messungen „vollzugszielrelevanter“ Merkmale und Lebensbereiche der Inhaftierten können zur Steuerung und Organisation der Behandlung beitragen: Man kann zum Beispiel ermitteln, welche Gefangenen durch welche Maßnahmen Fortschritte erzielt haben, für welche Gefangenen nur wenige „passende“ Maßnahmen verfügbar sind und in welchen Bereichen die Anstalt „gut aufgestellt“ ist. Gleichzeitig handelt es sich um Evaluationsdaten, die kurzfristiger verfügbar sind als Rückfalldaten, die in der Regel erst zwei bis fünf Jahre nach der Entlassung der Straftäter eingeholt werden können.

Ein solches System der fallbezogenen Dokumentation

- der Merkmale der Gefangenen zu Beginn der Haft,
- ihres Status' in Bezug auf verschiedene Facetten des Vollzugsziels zu Beginn der Haft,
- der Maßnahmen, an der sie während der Haft teilnehmen,

- weiterer vollzugsbezogener Ereignisse (disziplinarische Auffälligkeiten, Lockerungen) und
- ihres Status' in Bezug auf verschiedene Facetten des Vollzugsziels am Ende der Haft

wurde kürzlich von einer Arbeitsgruppe vorgeschlagen, in der Vertreter mehrerer Kriminologischer Dienste der Bundesländer vertreten waren. Das System war im Auftrag des Strafvollzugsausschusses der Länder entwickelt worden, der ein Konzept zur (gesetzlich vorgeschriebenen) Evaluation des Jugendstrafvollzugs suchte (vgl. Suhling & Wirth, 2011). Eine wesentliche Zielrichtung bei der Entwicklung des Dokumentationssystems war, dass fast ausschließlich Informationen kodiert werden, die im Vollzugsverlauf sowieso erhoben werden. Wenn diese Dokumentation elektronisch ermöglicht und in das „Alltagsgeschäft“ sinnvoll eingebettet wird, können Forschung zur Wirksamkeit des Strafvollzugs und Strafvollzugspraxis Hand in Hand gehen.

4 Schluss

Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, dass

- Behandlung im Vollzug und ihre Wirksamkeit ein wichtiges Thema sind, um das man sich (auch) in den Landesjustizverwaltungen wieder stärker bemüht,
- es für wirksame Behandlung im Strafvollzug nicht nur darum gehen kann, dass gute Maßnahmekonzepte entwickelt und angemessen umgesetzt werden, sondern auch darum, dass die Maßnahmen angemessen in die Struktur und die Ablaufprozesse der Justizvollzugsanstalten eingebettet sein müssen,
- für ein integriertes System der Behandlungssteuerung im Strafvollzug, der sich an wissenschaftlich fundierten Konzepten wie etwa dem Modell von Andrews und Bonta (2006, vgl. auch Mayer, 2010b) orientiert, noch ein langer Weg zu beschreiten ist und
- dass wirksame Behandlungssteuerung auf die Dokumentation und Evaluation und damit Daten über Personen und Maßnahmen im Strafvollzug angewiesen ist.

Literatur

- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1995). *LSI-R: The Level of Service Inventory – Revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of program integrity. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 173 – 187.
- Ansorge, N. (2010). Naikan im Justizvollzug. Wie ist der Stand der Dinge? *Forum Strafvollzug*, 59, 222 – 225.

- Bartel, P. Forth, A. & Borum, R. (2000). *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Behnke, M. & Endres, J. (2008). Behandlung im Strafvollzug. In R. Volbert & M. Steller (Hrsg.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 107 – 118). Göttingen: Hogrefe.
- Bernfield, G. A., Farrington, D. P. & Leschied, A. W. (Eds.), *Offender rehabilitation in practice. Implementing and evaluating effective programs*. Chichester: Wiley.
- Beß, K. & Koob-Sodtke, G. (2007). Der Kontroll- und Unterstützungsprozess in der Bewährungshilfe in Bayern. *Bewährungshilfe*, 54, 249 – 257.
- Bolay, F. W. & Volz, J. (2008). Der Entwicklungsfortschritt als Leistungswirkung des hessischen Justizvollzugs? *Newsletter der Führungsakademie im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs*, 9, 6 – 7.
- Cottonaro, S. & Suhling, S. (2007). Weichenstellungen im Betreuungskontinuum: Diagnose, Prognose, Indikation und Vollzugsplanung In J. Goerdeler und P. Walkenhorst (Hrsg.), *Jugendstrafvollzug in Deutschland* (S. 222 – 237). Mönchenglabach: Forum Verlag Godesberg.
- Dahle, K.-P., Schneider, V., Zietzen, F. (2007), Standardisierte Instrumente zur Kriminalprognose. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1, 15 – 26.
- Drenkhahn, K. (2007). *Sozialtherapeutischer Strafvollzug in Deutschland*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Goggin, C. & Gendreau, P. (2006). The implementation and maintenance of quality services in offender rehabilitation programmes. In C. R. Hollin & E. J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes* (pp. 209 – 246). Chichester: Wiley.
- Greve, W. & Hosser, D. (1998). Psychische und soziale Folgen einer Jugendstrafe: Forschungsstand und Desiderate. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 81, 83 – 103.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised (2nd. ed.)*. Toronto: Multi Health Systems.
- Hollin, C. R. & Palmer, E. J. (2006). Offending behaviour programmes: History and development. In C. R. Hollin & E. J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes* (pp. 1 – 32). Chichester: Wiley.
- Hosser, D. (2008). Prisonisierungseffekte. In R. Volbert & M. Steller (Hrsg.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 172 – 179). Göttingen: Hogrefe.
- Jesse, C. (2010). Organisationsentwicklung in der Jugendanstalt Hameln. In H. Preusker, B. Maclicke & C. Flügge (Hrsg.), *Das Gefängnis als Risiko-Unternehmen* (S. 104 – 116). Baden-Baden: Nomos.
- Klug, W. (2007). Methodische Grundlagen der Bewährungshilfe – Vorschlag für ein Gesamtkonzept. *Bewährungshilfe*, 54, 235 – 248.
- Lösel, F. & Bender, D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren: ein Handbuch* (S. 171 – 204). Bern: Huber.
- Maguire, M., Grubin, D., Lösel, F. & Raynor, P. (2010). ‚What works‘ and the Correctional Services Accreditation Panel: Taking stock from an inside perspective. *Criminology & Criminal Justice*, 10, 37 – 58.

- Matt, E. (2007). Integrationsplanung und Übergangsmangement: Konzepte zu einer tragfähigen Wiedereingliederung für (Ex-)Strafgefangene. *Forum Strafvollzug*, 56, 26 – 31.
- Mayer, K. (2010 a). Risikoorientierter Sanktionenvollzug (ROS). Modellversuch der Kantone Zürich, St. Gallen, Thurgau und Luzern. *Forum Strafvollzug*, 59, 225 – 230.
- Mayer, K. (2010b). Risikoorientierung in der Arbeit mit Straffälligen - Grundlagen, Arbeitsprozesse und Instrumente. In DBH-Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik (Hrsg.), *Kriminalpolitik gestalten: Übergänge koordinieren – Rückfälle verhindern* (S. 74 – 132). Köln: Herausgeber.
- Meinen, G. (2010). Standardisierte Behandlungsprogramme – Chancen und Risiken für den Behandlungsvollzug. In H. Preusker, B. Maelicke & C. Flügge (Hrsg.), *Das Gefängnis als Risiko-Unternehmen* (S. 62 – 73). Baden-Baden: Nomos.
- Müller-Isberner, R., Gonzalez Cabeza, S. & Eucker, S. (2000). *Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20. Adaptierte Übersetzung der kanadischen Originalversion*. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie.
- Müller-Isberner, R., Jöckel, D. & Gonzalez Cabeza, S. (1998). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20. Adaptierte Übersetzung der kanadischen Originalversion*. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie.
- Otto, M. (1988). *Gemeinsam lernen durch Soziales Training: Planung, Durchführung und Evaluation eines Lernprogramms für die Anwendung im Strafvollzug*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Quenzer, C. (2010). *Jugendliche und heranwachsende Sexualstraftäter. Eine empirische Studie über Rückfälligkeit und Risikofaktoren im Vergleich mit Gewaltstraftätern*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Rehn, G., Wischka, B., Lösel, F. & Walter, M. (Hrsg.). (2001). *Behandlung "gefährlicher Straftäter". Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. Herbolzheim: Centaurus.
- Rettenberger, M., Mönichweger, M., Buchelle, E., Schilling, F. & Eher, R. (2010). Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur Vorhersage der einschlägigen Rückfälligkeit von Gewaltstraftätern. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 93, 346 – 359.
- Scherrer, S. (2008). Fortschritt statt Stillstand. Niedersachsen auf dem Weg zu einem modernen, kompetenten und zukunftsfähigen Justizsozialdienst. *Bewährungshilfe*, 55, 284 – 292.
- Spöhr, M. (2009). *Sozialtherapie von Sexualstraftätern im Justizvollzug: Praxis und Evaluation*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Suhling, S. (2005). Entwicklung von Delinquenz und Entwicklung in Haft: welche Rolle könnten die persönlichen Ziele der Betroffenen spielen? *Praxis der Rechtspsychologie*, 15, 99 – 120.
- Suhling, S. (2008). Sozialtherapie im Jugendstrafvollzug: Prinzipien wirksamer Behandlung. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 19, 330 – 335.

- Suhling, S. (2009). Was ist vollzugliche Wirksamkeit und wie kann man das messen? In G. Koop & B. Kappenberg (Hrsg.), *Wohin führt der Justizvollzug?* (S. 111 – 127). Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.
- Suhling, S. & Wirth, W. (2011). Länderübergreifende Evaluation des Jugendstrafvollzugs. Justiznewsletter der Führungsakademie, Ausgabe 14.
- Taylor, R. (1999). *Predicting reconvictions for sexual and violent offences using the Revised Offender Group Reconviction Scale* (Home Office Research Findings No. 104). London: Home Office.
- Thomas, J., Stelly, W., Obergfell-Fuchs, J. & Wulf, R. (2010). Evaluationskonzept für den baden-württembergischen Jugendstrafvollzug. *Forum Strafvollzug*, 59, 164 – 168.
- Wischka, B., Foppe, E., Griepenburg, P., Nuhn-Naber, C. & Rehder, U. (2001). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) im niedersächsischen Justizvollzug. In G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel & M. Walter (Hrsg.), *Behandlung „gefährlicher Straftäter“* (S. 193 – 205). Pfaffenweiler: Centaurus.
- Wischka, B., Rehder, U., Specht, F., Foppe, E. & Willems, R. (2005). *Sozialtherapie im Justizvollzug. Aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Kooperationsmodelle*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag.

Korrespondenzadresse:

Dr. Stefan Suhling
Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut
des niedersächsischen Justizvollzuges
Fuhsestr. 30
29221 Celle
Tel.: 05141-5939403
Fax: 05141-5939410
E-Mail: Stefan.Suhling@justiz.niedersachsen.de