

Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie
Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ;
Arbeitsgruppe für Kriminologie
Band: - (1982)

Artikel: Sozialtherapie mit Strafgefangenen
Autor: Goderbauer, Rainer
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1050972>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 09.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Sozialtherapie mit Strafgefangenen

Ein Erfahrungsbericht aus der Sozialtherapeutischen
Anstalt Ludwigsburg

Rainer Goderbauer

**Diplom-Psychologe, stellvertretender Anstaltsleiter,
Langestrasse 41, D-7144 Asperg**

Das Wort Sozialtherapie klingt für viele wie eine Zauberformel, wie ein "Sesam-öffne-dich" für zukünftige Straffreiheit. Ja, in dem vergangenen Jahrzehnt breitete sich mancherorts eine Behandlungseuphorie aus, die solchermassen den gesamten Strafvollzug sozialtherapeutisch umarmen wollte. Aber: Zauberei hat immer mit Illusionen und Täuschungen zu tun. Und so haben jene Enthusiasten verkannt, daß sich letztlich nur ein sehr geringer Teil der Insassen in unseren Vollzugsanstalten mit psychologischen Verfahren behandeln lassen will, und somit auch die Sozialtherapie keine Superresozialisierung darstellt, die nun alle Gefangene in normale Bürger, das heißt der Norm, dem Gesetz entsprechend, verwandelt.

Auf der anderen Seite kann ich aber auch nicht mit jenen Behandlern übereinstimmen, die heute bereits das Ende der doch gerade erst begonnenen sozialtherapeutischen Bemühungen herbeireden. Zwar betonen die von der Sozialtherapie Enttäuschten bereits wieder – oder immer noch –, daß man ja eigentlich doch nur verwahren könne, und daß im Grunde heute nur noch Phantasten und Utopisten hoffen, aus Gefangenen sogenannte anständige Menschen formen zu können. Viele der Enttäuschten haben im Laufe der Zeit gelernt, in angemessener Form zu resignieren. Dabei hatten einige dieser Therapeuten möglicherweise auch nicht mehr Durchhaltevermögen als die von ihnen behandelten Gefangenen. Ich meine, wir sollten die sozialtherapeutischen Bemühungen nicht von vornherein und in Bausch und Bogen verurteilen und mit einer Handbewegung vom Tisch fegen, denn im Grunde haben sie doch gerade erst richtig begonnen. Und wenn unsere

sozialtherapeutische Arbeit wenigstens dazu beitragen würde, daß ein entlassener Gefangener beispielsweise nicht mehr schon nach sechs, sondern erst nach zwölf Monaten rückfällig wird, dann hätten wir auch schon viel erreicht.

Ich meine auch: Die in den letzten Jahren so heftig diskutierte Frage der Behandelbarkeit hinter Gittern, das heißt, die Frage der Vereinbarkeit von Behandlung und Freiheitsentzug, stellt sich solchermaßen heute nicht mehr. In Fachkreisen ist man sich heute wohl weitgehend einig, daß für unsere Klientel die Voraussetzungen für therapeutische Initiative fast immer erst durch das Einsperren geschaffen werden. Viele der von uns betreuten Gefangenen sind, wenn überhaupt, erst hinter Gittern behandelbar. Denn aller Erfahrung nach entziehen sich die meisten unserer Insassen jeglichem Behandlungsangebot, sobald bzw. solange sie sich in Freiheit befinden. Und erst die Inhaftierung erzeugt einen Leidensdruck, einen sekundären Leidensdruck, der dann vielleicht zu einer Therapiewilligkeit führt.

Immerhin sind die derzeit bei uns einsitzenden 59 männlichen Strafgefangenen nicht zur Therapie "verurteilt": Zwangstherapie, wie sie vielleicht eines Tages der § 65 StGB für bestimmte Tätergruppen vorschreiben wird; falls dieser Paragraph überhaupt noch irgendwann einmal verabschiedet werden wird und der Staat nicht doch noch vor den immensen Bau- und Unterhaltskosten für sozialtherapeutische Großanstalten zurückschreckt, die dann zweifellos erforderlich würden.

Unsere Gefangenen werden auf eigenen Antrag hin in die Sozialtherapeutische Anstalt verlegt. Dabei soll der Proband zumindest durchschnittlich intelligent und nicht älter als 40 Jahre alt sein. Er soll zum Zeitpunkt der Aufnahme einen Strafreist zwischen zwei und fünf Jahren zu verbüßen haben. Er soll rechtskräftig verurteilt, und es sollen keine weiteren offenen Verfahren gegen ihn anhängig sein.

Aber auch diese "freiwillige" Entscheidung, in der Unfreiheit des Gefängnisses gefällt und zweifellos hinsichtlich ihrer Freiwilligkeit fragwürdig, gewährleistet natürlich nicht immer

eine zufriedenstellende Therapiemotivation, welche die Behandlung nicht mit einer zu konsumierenden Dienstleistung verwechselt. So geht es vielen Gefangenen zunächst nur um das Erreichen vollzugstechnischer Vergünstigungen oder um die Freistellung von der Arbeitspflicht während der Therapie-sitzungen. Gelegentlich wächst dann allerdings im Laufe der Behandlung der Widerstand gegen die Therapie derart, daß die vorher so verhaßte Arbeit für den Gefangenen plötzlich "wichtiger" wird als die Mitarbeit in den therapeutischen Sitzungen. Andere Gefangene haben nach Auskunft ihrer Betreuer Therapie "dringend nötig" oder "verdient". Später erst stellt sich dann häufig heraus, daß es sich bei den solchermaßen Empfohlenen um hochgradige Querulanten oder Überangepaßte handelt, die von unserem therapeutischen Angebot wenig profitieren. Ungünstige Erfahrungen haben wir auch mit jenen Gefangenen gemacht, die mit besonders belastenden, kaum veränderbaren äußeren Situationen konfrontiert sind, denn im Verlauf der Therapie werden diese Belastungen meist noch stärker empfunden als vorher.

Nun liegt der Verdacht nahe, daß wir bei all diesen Ausschlußkriterien nur noch eine Gefangenenelite behandeln, die sogenannten leichten Gefangenen, vielleicht sogar die, die ohne sozialtherapeutische Behandlung auch nicht wieder rückfällig geworden wären. Ein Vorwurf, den die Sozialtherapie häufig zu hören bekommt, der aber in dieser Form heftig zurückgewiesen werden muß, denn die wissenschaftlichen Untersuchungen des Kriminologischen Dienstes Baden-Württemberg kommen zu dem Schluß, daß die Probanden der Sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigsburg annähernd den Gefangenen des kriminalprognostisch ungünstigen Bereichs des Regelvollzugs entsprechen. Nur bezüglich ihrer sozialen Herkunft und eigenen Sozialentwicklung rekrutieren sie sich seltener aus der unteren Unterschicht. Natürlich haben wir nichts gegen niedrige Sozialschichten. Aber hier ist es wohl die Masse an Sozialisationsdefiziten, die häufig deshalb zur Feststellung der Behandlungsunfähigkeit führen, weil uns trotz vielfältiger Forschung heute immer noch zu wenig verwertbare Erkenntnisse über erfolgreiche Behandlungsmethoden im Strafvollzug zur Verfügung stehen.

Die Sozialtherapeutische Anstalt Ludwigsburg ist eine sehr kleine Vollzugsanstalt. Sie verfügt nur über 59 Haftplätze. Wir bedauern dies, denn in einer größeren Anstalt könnten wir räumlich und auch von den Arbeitsbetrieben her erheblich besser differenzieren. Auch eine kleine klinische Abteilung für besondere Fälle erscheint uns wünschenswert.

Weitere Schwierigkeiten ergeben sich dadurch, daß wir zwar eine selbständige Vollzugsanstalt sind, daß wir aber in einigen Bereichen mit dem Vollzugskrankenhaus Hohenasperg am gleichen Ort nicht unerheblich verbunden sind. Trotz der harmonischen Arbeitsatmosphäre fehlt es zwischen den beiden Anstalten häufig an der notwendigen Informationsübermittlung. So erfahren wir beispielsweise wenig über das Arbeitsverhalten unserer Gefangenen, wenn sie in einem Arbeitsbetrieb des Vollzugskrankenhauses beschäftigt sind. Weiterhin hat es unser Vollzugsdienst wesentlich schwerer, therapeutische Aspekte in die eigene Arbeit einzubeziehen, da er durch den Vollzugsdienst der Nachbaranstalt in seinem neuen Rollenverhältnis erheblich verunsichert wird. Und schließlich haben die Verzahnung mit dem Vollzugskrankenhaus und die geringe Anstaltsgröße zur Folge, daß die Aufstiegsmöglichkeiten des Personals ganz beachtlich eingeschränkt sind – ein Aspekt, der die Sozialtherapie für Bewerber nicht gerade attraktiv erscheinen läßt.

Wir vertreten deshalb die Ansicht, daß eine Sozialtherapeutische Anstalt eine angemessene Größe – etwa 100 Haftplätze – aufweisen und über eine wirkliche Eigenständigkeit verfügen sollte. Sozialtherapeutische Abteilungen etwa als Anhängsel einer Anstalt des Regelvollzugs bringen unseres Erachtens die größten Schwierigkeiten mit sich, und deshalb sollte von allen Erwägungen dieser Art Abstand genommen werden.

Wir haben uns im übrigen nicht auf eine allgemeine und für alle Therapeuten verbindliche Behandlungsmethode geeinigt. In der Literatur wird diese konzeptuelle Einigkeit zwar immer wieder beschworen, was meines Erachtens aber häufig im "Meineid" endet. Ich habe nämlich noch nicht erlebt, daß zwei um Einigkeit bemühte Sozialtherapeuten sich auf ein

gemeinsames Behandlungskonzept einigen können, und dies selbst dann nicht, wenn sie die gleiche therapeutische Schulrichtung vertreten. Darüber hinaus kann man nicht alle Patienten mit der gleichen Medizin behandeln.

So erfolgt die Behandlung in unserer Anstalt heute nicht mehr ausschließlich in Form einer tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapie, sondern es kommen auch andere Behandlungsmethoden zur Anwendung, wie etwa Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, soziales Training sowie auch die Einrichtung von Wohngruppen. Zu den sozialtherapeutischen Trainingsmaßnahmen zählen wir beispielsweise mehrtägige Wanderungen, Puppenspiele, gemeinsames Einkaufengehen, Besuch von Ausstellungen und Rollenspiele. Bei diesen Trainings kommt zum einen zum Ausdruck, daß wir den therapeutischen Elfenbeinturm nach außen öffnen müssen – hier jeweils den richtigen Zeitpunkt zu erwischen, erscheint uns dabei besonders schwierig –, zum anderen beabsichtigen wir mit diesen Trainingsmaßnahmen aber auch, therapeutische Bemühungen mehr am nichtsprachlichen Verhalten festzumachen.

In den traditionellen Therapieverfahren sprechen wir nämlich überwiegend mit den Gefangenen über ihre Schwierigkeiten. Viele von ihnen können aber besser handeln als reden, und manchmal ist über Schwierigkeiten sprechen auch einfach zu wenig, bzw. es wird zuviel geredet und möglicherweise alles zerredet, und letztlich kommt überhaupt nichts dabei heraus. Sehr häufig ist es dann sogar so, daß die behandelten Gefangenen hinterher zwar besser reden können, aber sich keineswegs auch entsprechend verhalten. Aus diesem Grunde wollen wir – die Psychoanalytiker wollen mir verzeihen – Verhalten nicht nur analysieren und bewußtmachen, sondern auch neu einüben und systematisch trainieren. Learning by doing – im sozialen Feld. Es heißt ja auch nicht: Psychotherapeutische Anstalt, sondern Sozialtherapeutische Anstalt.

Diese vom Strafvollzugsgesetz vorgesehene Öffnung nach außen bereitet uns nun einige therapeutische Schwierigkeiten. Wie in anderen Anstalten auch, fallen die Insassen der Sozialtherapie durch eine geradezu symptomatische und scheinbar endlose

Ansprüchlichkeit auf. Diese Ansprüchlichkeit reibt sich unserer Erfahrung nach mit den im Strafvollzugsgesetz aufgezeigten Möglichkeiten der Vergünstigungen und Hafterleichterungen. Der Gefangene beruft sich auf das Gesetz, er fordert die Zuteilung einer Vergünstigung, die ihm vermeintlich oder tatsächlich zusteht, manchmal klagt er sie sogar ein, und er beansprucht dies meist ohne Rücksicht darauf, ob die beantragte Vergünstigung derzeit für seine psychische Entwicklung nützlich ist oder nicht.

Weiterhin lösen die Kann-Bestimmungen des Strafvollzugsgesetzes mit ihren personengebundenen Ermessensspielräumen bei einer Vielzahl unserer Insassen erhebliche Ängste aus. Unsere Insassen fürchten die personengebundene Ablehnung, und so wird die Entscheidung über Lockerungen gleichzeitig zur Frage des gefühlsmäßigen Angenommenseins und Geliebtwerdens. Diese Ablehnungen sind neurotische Wiederholungssituationen, da eine Vielzahl unserer Gefangenen derartige Erfahrungen sowohl in der Kindheit wie in ihrem späteren Leben zur Genüge sammeln mußte, und der Anstaltsleiter, der beispielsweise einen Urlaubsantrag des Gefangenen ablehnt, dieser Anstaltsleiter bestätigt – gleichsam als versagende Mutter – den Gefangenen in seinem Ausgangskonflikt.

Für therapeutisch begründete Ablehnungen fehlt vielen Gefangenen das Verständnis. Im Regelvollzug erhält ein Strafgefangener in der Regel Urlaub zur Ehefrau, wenn er zum Beispiel in der Anstalt einigermaßen mitarbeitet und sein Strafreist weniger als 18 Monate beträgt. Der gute Kontakt zur Ehefrau dient dort häufig von sich aus schon der sozialen Eingliederung und ist demzufolge förderungswürdig. In der Sozialtherapie dagegen wird ein Antrag auf Urlaub zur Ehefrau schon eher einmal abgelehnt, etwa weil der Gefangene sich gerade in einer entscheidenden Behandlungsphase befindet, oder weil die Beziehung zur Ehefrau die therapeutischen Fortschritte belastet und demzufolge derzeit nicht förderungswürdig erscheint. Bei vielen Gefangenen führt ein zu früh gewährter Urlaub dazu, daß sie sich Schwierigkeiten zuwenden, die außer ihrer Person liegen. Sie folgen dann häufig ihrer Neigung, immer den vermeintlich leichtesten Weg zu

gehen und vermeiden so die Auseinandersetzung mit der eigenen Person. Bei der sowieso schon häufig fragwürdigen Motivation benutzt der Gefangene nur allzu schnell die Gelegenheit, sich der Therapie auf diese Weise zu entziehen.

Aus dieser Sicht behindert das seinerzeit so eifrig begrüßte, zweifellos fortschrittliche und behandlungsorientierte Strafvollzugsgesetz durch die Vielzahl seiner Lockerungsmöglichkeiten unsere psychotherapeutische Arbeit in einem ganz erheblichen Maße. Es provoziert nämlich nur schwer kontrollierbare neurotische Verhaltensweisen, die den zugrunde liegenden Konflikt bestätigen und in nicht wenigen Fällen zum Behandlungsabbruch und zur Rückverlegung des Gefangenen führen.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß eine Therapie im Elfenbeinturm hier scheitern muß, scheitern an einem Gesetz, das mit seinen Möglichkeiten der Lockerung psychotherapeutische Arbeit im Schonraum der Anstalt erschwert und vermehrt auf soziale Eingliederung im Sinne eines sozialen Trainings abhebt.

Nun kann man sagen, daß der Therapeut sich eben aus allen vollzugstechnischen Entscheidungen heraushalten soll. Der Therapeut lehnt nichts ab, er befürwortet nichts, die Beziehung zum Klienten und der therapeutische Prozeß erscheinen folglich nicht gestört. So läßt sich beispielsweise der Rollenkonflikt zwischen therapeutischem Leiter und Vollzugsleiter sehr einfach beseitigen, wenn man die beiden Rollen auf zwei Personen verteilt, etwa einem Psychiater als therapeutischen Leiter und einem Juristen als Vollzugsleiter. In einigen Sozialtherapeutischen Anstalten ist dies so Praxis.

Aber, wir müssen uns fragen, in welche Rolle wird der Therapeut bei dieser Aufspaltung der vermeintlich so unvereinbaren Positionen gedrängt? Meines Erachtens ist es die Rolle jener Mutter, die sich aus Schuld- und Hilflosigkeitsgefühlen heraus nicht die Entscheidung darüber zutraut, was für ihr Kind – sprich: den Gefangenen – gut oder schlecht ist. Der Therapeut gerät in die Rolle einer Mutter, die sich mit Erziehungsaufgaben

überfordert fühlt, einer Mutter, die der Auseinandersetzung mit dem Kind aus dem Wege geht, indem sie ihm nicht mit Versagungen entgegentritt, also einer Mutter, die aus allen diesen Gründen die ablehnende Entscheidung dem Vater – spricht: dem Vollzugsleiter – überträgt.

Die scheinbar so saubere, einfache und verlockende Lösung der sozialtherapeutischen Doppelführung erweist sich so gesehen als Wiederholung einer neurotisierenden Familienkonstellation und kann somit auch nicht voll befriedigen.

Die Frage, ob sich die Therapeuten innerhalb der Anstalt an Entscheidungsprozessen beteiligen sollen, ist auch in unserer Anstalt nicht zu Ende diskutiert. Die einzelnen Therapeuten haben hierzu eine unterschiedliche Einstellung. Diese ist auch den Gefangenen bekannt, und meines Erachtens bewährt sich diese Methodenvielfalt bei uns ganz gut, da wir uns mit unseren gegenteiligen Ansichten akzeptieren.

Aufgrund meiner eigenen Erfahrung meine ich: Die Idee von der therapeutischen Teamarbeit kann, wie in der Psychiatrie, nur aufrechterhalten werden, wenn zwischen Anstaltsleitung und allen anderen Mitarbeitern, also auch den Therapeuten, ein ständiger Gedankenaustausch stattfindet. Entsprechend der Absicht des Gesetzgebers sollen in einer Sozialtherapeutischen Anstalt alle Entscheidungen unter therapeutischen Gesichtspunkten getroffen werden. Das ist meines Erachtens nur möglich, wenn auch entsprechende therapeutische Informationen vorliegen.

Das Konzept des therapeutischen Teams verpflichtet alle Gruppen des Personals. Dabei werden die traditionellen Spannungen zwischen Behandlern und Bewachern durch eine konsequente Rollenvermischung aufgehoben. Dies bedeutet für die Therapeuten, daß sie sich beispielsweise für die Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung der Anstalt genauso verantwortlich fühlen wie der allgemeine Vollzugs- und Werkdienst. Erst das Durchbrechen traditioneller Berufskonzepte schafft eine echte sozialtherapeutische Haltung mit unmittelbarem Gewinn für alle am Resozialisierungsgeschäft Beteiligten – Gefangene wie Personal.

Der oft gewählte Ausweg, Therapeuten von außerhalb der Anstalt heranzuziehen, fördert meines Erachtens diese Trennung zwischen bewachenden und behandelnden Aufgaben. Der Sozialtherapeut muß die Rollenkonfusion überwinden und – verzeihen Sie diese unpopuläre Meinung – muß gleichzeitig in ein und derselben Person behandeln, bewachen und beispielsweise über Lockerungen mitentscheiden.

Der Sozialtherapeut im Strafvollzug muß den Versagungs-Verwöhnungs-Konflikt überwinden; andernfalls stellt er ein unrealistisches Modell dar. Die Verbindung beider scheinbar unvereinbaren Verhaltenstendenzen liegt in einer Haltung des sozialen Verpflichtetseins: Ein Vorbild, das sich für den Gefangenen verantwortlich fühlt und somit in die therapeutische Beziehung auch den Aspekt der Beaufsichtigung und Versagung einschließt, zusätzlich zur angebotenen Hilfsbereitschaft und Verständnis.

Zum Schluß noch: Wirkt Sozialtherapie? Hat sie Erfolg? Leider stand die sozialtherapeutische Arbeit von Anfang an unter einem enormen Erfolgszwang. Es ist nicht leicht, wenn Therapeuten gleichsam mit dem Rücken an der Wand und der Schlinge um den Hals behandeln sollen. Natürlich: Sozialtherapie ist teuer, und kostspielige Haftplätze verlangen den Nachweis hoher Effizienz. Und so zieht man alsbald und verfrüht Erfolgsbilanz. Man orientiert sich an den Paragraphen 2 und 123 des Strafvollzugsgesetzes, die als Behandlungsziel ein Leben in sozialer Verantwortung und ohne Straftaten nennen. Die therapeutische Arbeit wird an der Höhe der Rückfallkriminalität gemessen, zweifellos ein berechtigtes gesellschaftliches Anliegen.

Nach den statistischen Untersuchungen des Kriminologischen Dienstes Baden-Württemberg gilt hier: Die aus der Sozialtherapeutischen Anstalt Ludwigsburg Entlassenen besitzen mit einer Rückfallquote von 47% eine um 14% niedrigere Rückfallquote als die vergleichbaren Gefangenen des Regelvollzugs. Bei den über 30jährigen beträgt die Legalbewährung 63%. Rückfall ist hier festgelegt als Wiederverurteilung zu einer Geldstrafe von über 90 Tagessätzen bzw. zu einer Freiheitsstrafe von über drei Monaten.

Aber trotz dieser verhältnismäßig guten Ergebnisse muß man doch fragen, ob die Rückfallquote das der Sache angemessene Erfolgskriterium ist. Zugegeben: Der Grad der Resozialisierung läßt sich schwer in Zahlen ausdrücken. Da ist es schon einfacher, die Strafregisterauszüge beim Bundeszentralregister einzusehen und auszuwerten. Aber: Eine Verringerung des Rückfalls durch sozialtherapeutische Maßnahmen läßt sich dadurch nicht ausdrücken. So machen beispielsweise die spezifizierenden Auswahlverfahren für die Aufnahme in die Sozialtherapeutische Anstalt und die Freiwilligkeit der Entscheidung für eine Therapie die untersuchten Gruppen nicht mehr mit Gefangenen aus dem Regelvollzug vergleichbar. In manchen Untersuchungen fehlen Vergleichsgruppen völlig. Vielleicht suchen wir unabsichtlich auch gerade die Gefangenen aus, die ohne sozialtherapeutische Bemühungen auch nicht wieder straffällig geworden wären. Eventuell verlegen wir auch unabsichtlich gerade jene Gefangenen "rechtzeitig" wieder in den Regelvollzug zurück, die möglicherweise die Statistik beeinträchtigt hätten.

Weiterhin fragen wir uns: Bedarf es zur Überprüfung psychologischer Resozialisierungsbemühungen nicht auch psychologischer Erfolgskriterien? Die Untersuchung von EGG erscheint diesbezüglich ein vielversprechender Weg. Dort wurde im Anschluß an die Sozialtherapie mit Hilfe von Persönlichkeitsfragebogen eine positive Entwicklung und Stabilisierung einzelner Persönlichkeitsmerkmale festgestellt.

Natürlich bleiben auch hier Zweifel: Geht die im Fragebogen nachgewiesene Veränderung mit einer Änderung des Verhaltens einher? Oder kann sich der behandelte Gefangene jetzt nur testpsychologisch besser anpassen, indem er jetzt weiß, was verlangt wird?

Es sei auch noch jene Frage erlaubt, ob nicht auch die im folgenden genannten Aspekte zu den bedeutungsvollen Erfolgskriterien gezählt werden müssen: Die Anzahl der Suizide und Suizidversuche, die Häufigkeit der Unterbringung im besonders gesicherten Haftraum (sogenannte Beruhigungszelle), Anzahl der Disziplinarstrafen und Arbeitsverweigerungen,

das Ausmaß der Personalfluktuation und die Zahl der Krankmeldungen. Das alleinige Heranziehen der Rückfallquote verkürzt die Kontrolle sozialtherapeutischer Wirkungen. Auch das Ausmaß der Humanisierung des Strafvollzugs – etwa durch vermehrte Beziehungsangebote – erscheint mir gleichermaßen ein bedeutungsvolles Erfolgskriterium, welches nicht als “eben positiver Nebeneffekt” abgetan werden darf.

Verminderung des Rückfalls, Entwicklung der Persönlichkeit und Humanisierung des Strafvollzugs müssen gemeinsam für die Bewertung unserer Arbeit herangezogen werden. Dabei gilt es, das bisher Erreichte zu bewahren und weiter auszubauen.

