

Prof. Torsten Klemm
ISONA

It works !

**Proezess-Qualitätskriterien für die therapeutische Arbeit mit
Gewalt- und Sexualstraftätern**

Positionen der Bundesarbeitsgemeinschaft
„Forensische Ambulanzen Strafvollzug“
und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung

Hintergründe und Vorgeschichte 1

- 1980er **erste Ambulanzen** auf Initiative einzelner MRV-Kliniken als therapeutisches Zusatzangebot gegründet (Berlin, Düren, Haina) sowie „graue Ambulanzen“
- 1990er ca. 30 FIA bundesweit, wachsende Belegungszahlen, Kostendruck
- 2007 Novellierung der Führungsaufsicht (§68 StGB):
- Vorstellungsweisungen (strafbewehrt)
 - Therapieweweisungen
 - Implementierung forensischer Nachsorgeambulanzen auch für den Strafvollzug
- aus einem zahnlosen Tiger wurde ein scharfes Schwert
- Anschwellen der Fallzahlen (2013: 5895 Patienten in FIA, 2006: ca. 1500)
- 2010 ff. **jährliche Bundestreffen** der „Forensischen Ambulanzen Strafvollzug“ zum Erfahrungsaustausch, zur Fortbildung, u.a. in München, Stuttgart, Kiel, Hamburg, Karlsruhe, Potsdam und Gotha
- 2013** MRV Ambulanzen unter Federführung von Roland Freese & Friedhelm Schmidt-Quernheim verabschieden „Mindeststandards forensischer Nachsorge“:

Hintergründe und Vorgeschichte 2

2014 Bundestreffen in Hamburg – Reflexion von Roland Freese (Gießen) und Claudia Schwarze (Nürnberg) zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden bei der Betreuung von MRV und Strafvollzugsentlassenen

2015 - 2018

→ **vorerst keine Mindeststandards** für die ambulante Nachsorge von Strafvollzugsentlassenen, sondern Einsetzung einer Arbeitsgruppe

- MRV: 69 Forensisch-psychiatrische Ambulanzen in 15 Bundesländern an 82 forensischen Einrichtungen
- Straftäterambulanzen / Beratungsstellen in 13 Bundesländern
- 3 Bundesländer mit gemischten JVA/MRV-Ambulanzen:
 - HH UKE Hamburg & Forensik Ochsenzoll
 - Berlin Forensisch-Therapeutische Ambulanz
 - S-AN Forensa Magdeburg, Halle

Qualitätskriterien forensischer Ambulanzen des Strafvollzugs

Authors

[Authors and affiliations](#)C. Schwarze, T. Voß , O. Kliesch, A. Bauer, S. Braunisch, M. G. Feil, H. Fellmann, F. von Franqué, R. Freese, Y. Gretenkord,C. Huchzermeier, V. Jückstock, T. Klemm, H. Kroon-Heinzen, R. Martin, [show 3 more](#)

Originalarbeit

First Online: 01 June 2018

113

Downloads

Zusammenfassung

Mit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht 2007 wurde forensische Nachsorge sowohl für ehemalige Patienten aus dem Maßregelvollzug als auch für Straffällige aus dem Justizvollzug verbindlich etabliert. Im Lauf der vergangenen zehn Jahre entstanden somit bundesweit forensische Ambulanzen des Strafvollzugs, welche den gesetzlichen Auftrag zu Behandlung und Betreuung entlassener Straffälliger länderspezifisch umsetzen. Hierbei handelt es sich teils um neu gegründete Ambulanzen, teils um bereits lange in der Behandlung von straffälligen Menschen tätige Einrichtungen, die ihr bisheriges Angebot um die Betreuung von Menschen unter Führungsaufsicht erweiterten. Diese heterogenen Ambulanzen haben sich seit einigen Jahren in einem jährlich stattfindenden fachlichen Austausch bundesweit vernetzt und Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Besonderheiten in der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags diskutiert. Angestoßen von der Diskussion um Mindeststandards in forensisch-psychiatrischen Nachsorgeambulanzen des Maßregelvollzugs 2014 entwickelte diese Bundesarbeitsgemeinschaft der forensischen Ambulanzen des Strafvollzug Qualitätskriterien, die trotz verschiedener Länder- und Trägerspezifika gemeinsame inhaltliche und formale Parameter erfolgreicher ambulanter Behandlung zur Deliktprävention fokussieren. Der Artikel stellt das Ergebnis dieses Diskussionsprozesses mit den verabschiedeten Qualitätskriterien in den Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor.

Schlüsselwörter

Reform Führungsaufsicht Forensische Nachsorge Kriminaltherapie

Forensische Psychotherapie Qualitätsmanagement

Veröffentlichung:

Schwarze, C., Voß, T., Kliesch, O. et al.

Forens Psychiatr Psychol
Kriminol, S. 1-11 (Juni 2018)

<https://doi.org/10.1007/s11757-018-0476-1>

Springer Berlin Heidelberg

Ausgangssituation für Therapie mit Straffälligen stationär und ambulant

Anlaßdelikte	KV, Tötung, Sexualdelikte, (Eigentumsdelikte), Brandstiftung
Auftrag	Gefährlichkeitsreduktion
Doppelmandat	Hilfe vs. Kontrolle, Behandlung vs. Risikoeinschätzung
Schweigepflicht	In der JVA und bei FA-Klientel eingeschränkt, bei BWH Schweigepflichtsentbindung erforderlich
Erwartungsdruck	100%ige Sicherheit: illusionär
Kompetenz / Erfahrung	mehnjährige Arbeit mit high-risk-Klientel
Institutionelle Abhängigkeiten	Proband – entlassende Einrichtung – Justiz – Ministerium – Öffentlichkeit

Qualitätskriterien vs. Mindeststandards

„Von dem anfänglichen Ziel, Mindeststandards zur Qualitätssicherung zu entwickeln, ist die Arbeitsgruppe im Laufe des Prozesses zurückgetreten. Gründe hierfür lagen zum einen in der starken Heterogenität der Ambulanzen, die eine Einigung erschwerte, und zum anderen in der zum jetzigen Zeitpunkt begrenzten Evidenzbasierung zur Wirksamkeit ambulanter deliktpräventiver Behandlung im deutschsprachigen Raum (Sauter et al. 2017). Stattdessen sprechen wir von Qualitätskriterien...“

- forensisch-therapeutische Nachsorge für Entlassene des Strafvollzugs ist ein vergleichsweise junges Praxisfeld
- einerseits soll der Raum für die Entwicklung passender Behandlungskonzeptionen offen bleiben
- andererseits sollen die Voraussetzungen und Kriterien für Qualität geklärt werden

Qualifikation der Mitarbeiter (SQ 1)

- Das Angebot einer forensischen Ambulanz erfordert, je nach Grad der Vernetzung, mindestens ein multiprofessionelles Team von
 - Diplom-Psychologen / Master-Psychologen
 - Sozialpädagogen / Sozialarbeiter / Sozialtherapeuten
 - und / oder Mitarbeitenden anderer Berufsgruppen mit spezifischer Berufserfahrung und / oder Qualifikation (z. B. Facharzt)
 - Das spezifische Wissen zur forensisch-therapeutischen Behandlung (z. B. Risikobeurteilung, Sexualtherapie, Rechtspsychologie) muss i.d.R. während der forensischen Tätigkeit erworben, aufgebaut und weiterentwickelt werden.
 - Eine psychotherapeutische Behandlung setzt eine begonnene und laufende oder abgeschlossene Weiterbildung in einer wissenschaftlich anerkannten Therapierichtung und/oder eine Approbation als Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut voraus.
(→ Beachte: Unterscheidung „wissenschaftlich anerkannt“ nach PsychTG vs. Anerkennung durch KV)
- ISONA: PsychPT (Syst., VT), Reha-Psych., Soz-Päd. (Syst, Sucht) & Kunsttherapeut

Caseload / Auslastung der Ambulanz (SQ 4)

- Die Probandenfallzahl pro Mitarbeiter (Caseload) ergibt sich aus Parametern wie
 - Risikobelastung der Probanden (Risk-Prinzip),
 - die Kontaktfrequenz,
 - die Kontaktart (empfangend/aufsuchend – Einzel-/ Gruppentherapie)
 - und die jeweiligen Therapieangebote (Psychotherapie ohne/ mit hohem Anteil an Soziotherapie, Risikobeurteilung ohne Psychotherapie, Ersttherapie/ Nachsorge).

- Eine Berechnung für ein solches, differenziertes, für alle Ambulanzen geltendes Maß einer optimalen Probandenfallzahl ist aus Sicht der Arbeitsgruppe nicht möglich.

- Ergebnis einer anonymisierten Expertenumfrage auf dem Bundestreffen 2017 (25 Ambulanzleitungen aus 13 Bundesländern): **1:18** für eine Vollzeitstelle

- Richtlinie: etwa 1/3 der Arbeitszeit in geplantem, direktem Probandenkontakt (alternative Orientierung: 60% fallbezogene, 40% fallunabhängige Tätigkeit)

Aufnahme

Intervention

Ausleitung

Prozessqualitätskriterien im Verlauf der Behandlung

Transparenz der Behandlung und Aufklärungspflichten

Erfassung und Aktualisierung der Stammdaten

Forensisch-psychologische Diagnostik und Risikobeurteilung

Eingangs-

Verlaufs-

Abschluss-

Erarbeitung und Aktualisierung der Delikthypothese

Individuelle Behandlungsplanung

Fallbezogene Zuständigkeitsklärung, Arbeit im multiprofessionellen Team

Professionelle Vernetzung

Einbeziehung des persönlichen Umfeldes

Metaprinzipien
der
Prozessqualität

Evidenzbasierung, theoretische
Fundierung und Werteorientierung

Kriterienorientierte
Entscheidungen

Regelungen des Umgangs mit
Offenbarungs- und
Verschwiegenheitspflichten und
-rechten

Mehr-Augen-Prinzip

Dokumentation

Verlaufsanalyse und Fehlerkultur

Kriterien und Metaprinzipien zur Prozessqualität

Diagnostik und Risikobeurteilung (PQ 1.3)

- Im Rahmen des **Aufnahmeverfahrens** findet eine **forensisch-psychologische Diagnostik** und **Risikobeurteilung** statt, aus der eine individuelle Rückfallprognose und **Zielbereiche für Interventionen** abgeleitet werden können, inkl.:
 - psychische Störungen, insbesondere Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen
 - ggf. psychiatrische Diagnostik
 - situative und personale Risikofaktoren mit Hilfe von Selbst- und Fremdbeurteilung
 - personale und soziale Ressourcen sowie Schutzfaktoren
- Grundlage für die forensisch-psychologische Diagnostik ist
 - der **persönliche Kontakt** mit dem Probanden, sowohl in der Einrichtung, als auch nach Möglichkeit im häuslichen Umfeld des Probanden sowie
 - die Einsicht in juristische und weitere relevante **Unterlagen** zum Probanden, insbesondere: Urteile, Gutachten, Entlassungsbeschlüsse...
- Diagnostik und Risikobeurteilung sind regelmäßig (**mindestens einmal jährlich**) im Verlauf zu überprüfen, zu ergänzen und aktualisiert in die Behandlung einzubeziehen

Delikthypothese (PQ 1.4)

= Ausgangspunkt für die Behandlungsplanung

→ Insbesondere nach der Entlassung sind zahlreiche Änderungen an diesem Faktorengefüge denkbar, so dass ein Qualitätskriterium in der Behandlung von Strafvollzugsprobanden darin besteht, die **Delinquenzhypothese in Hinsicht auf die realen Lebensumstände zu aktualisieren** und zu einem Risikoentstehungs- bzw. Delinquenzmodell weiterzuentwickeln.

Individuelle Behandlungsplanung (PQ 1.5)

soll mindestens Aussagen zu folgenden Bereichen treffen:

- Behandlungsziele
- Therapiemaßnahmen und -formen
- Konkrete Ziele (z.B. Verbesserung der Impulskontrolle, Reduzierung der devianten Fantasietätigkeit, Aufbau prosozialer Sozialkontakte)
- Geplante Interventionen und Settings (z.B. therapeutische Gespräche in wöchentlicher, 14-tägiger, monatlicher Frequenz; Gruppentherapie u. ä.)

THERAPLAN: Computergestützte Anamnese, Diagnostik, Prognose, Therapieplanung, Dokumentation und Evaluation

Tests und Checks
 RDQ
 SBW
 DIM
 Tab
 SSV
 SGB
 BDE
 Kom

Anamnese
 RDQ Selbstbild
 GLM SB
 MSI
 RDQ Fremdbild
 GLM FB
 SPO

Prognose
 Prognose Selbsteinschätzung
 Prognose Fremdeinschätzung

Test	RDQ	--
KV-S	101	
> A	113	
> B	108	
> C	96	
> D	104	
> E	93	
> F	91	
KV-S (Kind)	89	
KV-S (TAT)	98	
KV-SAS (S)	112	
> V	119	
> G	110	
KV-FAM	76	
> SP	84	
> PK	67	
PSY (S)	43	
SOC	164	
SUCHT	98	
STAXI	91	

Thema	RDQ	--	%
GLM	140	100	!
SUM	91	48	!
H	60	57	
F	94	80	
B	86	100	
Z	92	94	!
S	89	56	!
G	100	95	
Y	100	89	!
KA	70	69	
KV	71	100	
KL	67	52	
KH	111	90	
KE	80	90	
M	17	75	
P	115	95	
I	100	50	
E	100	88	
R	100	87	
A	114	87	
W	81	100	
VS	100	100	

FC:
 - max 98
 - kon 9
 - inkon 4
 - ohne 2

Ressourcen-Defizite-Quotient

DIFFBase
 T-Werte

Skale	Risk	erfüllt	--	%
LSI-R	2	28 / 54	96	?
PP	4	7 / 9	100	
KE	2	7 / 17	88	?
Static	3	5 / 12	100	?
RSP	2	4 / 8	100	
ESF	1	5 / 15	100	
SIHB	2	11 / 24	100	
DRI	2	4 / 9	77	
GLM	2	12 / 24	100	!
RBI	3	10 / 15	86	!

Prognose Selbsteinschätzung

THERAPLAN Auswertungsprotokoll vom 04.12.2017
 enthält Ressourcen-Defizite-Quotienten (RDQ),
 Situationsbelastungswerte (SBW),
 Anamnesethemen, Synopse, Good-lives-Modell (GLM) sowie
 und Sozialprognosen

Name: Meier
 Vorname: Max
 geb. am: 01.01.1990

Professionelle Vernetzung (PQ 1.7)

- **Aufgabenverteilung** zwischen den Kooperationspartnern klären
- **Transparenz** herstellen, auf welchen Wegen (z.B. regelmäßige Fallkonferenzen oder „Runde Tische“) und bei welchen Anlässen (z.B. bei riskanten Entwicklungen oder Weisungsverstößen) der Austausch im Einzelfall erfolgt
- **Voraussetzung:** Berücksichtigung der Grundsätze der gesetzlichen Offenbarungs- und Verschwiegenheitspflichten bzw. –rechte

Einbeziehung des persönlichen Umfeldes (PQ 1.8)

- Straftat = Resultat dynamischer **Wechselwirkungen von Persönlichkeit und Umfeld**, z.B. durch familiäre, partnerschaftliche oder soziale Konflikte
- im Gespräch gewonnene Erkenntnisse **anhand der häuslichen bzw. tatsächlichen Lebensrealität** und der Perspektiven anderer Konfliktbeteiligter zu überprüfen
- **Interventionen im Umfeld u.U. wirksamer** als die ausschließliche Fokussierung auf den Indexprobanden, z.B. zur Gewährleistung des Kinderschutzes
- **Form der Einbeziehung** = Einzelfallentscheidung (z. B. Hausbesuche, Kooperation mit anderen Institutionen wie Bewährungshilfe, Jugendamt oder Polizei)

Therapieansätze 1: RNR (Andrews & Bonta, 1998, 2010)

- **Risk principle:** Die Intensität der Behandlung soll an der individuellen Gefährlichkeit ausgerichtet werden. (Wer ist zu behandeln?) → Privilegierung gefährlicher Straftäter
- **Need principle:** Behandlungsziele sollen sich an dynamischen Risikofaktoren orientieren. (Was ist zu behandeln?)
- **Responsivity principle:** Behandlung soll an der individuellen Ansprechbarkeit des Klienten (kognitive Fähigkeiten, Motivation, kultureller Hintergrund) ausgerichtet sein. (Wie ist zu behandeln?)
- **BIG FOUR und CENTRAL EIGHT:** Umfeld, Kognitionen, biographische Vorgeschichte, Persönlichkeit, Familie, Schule und Beruf, Freizeit, Alkohol und Drogen = entspricht dem anamnestischen Spektrum des LSI-R (defizitorientiert) und des LRI-A (ressourcenorientiert)
- **Dilemma:** Therapieabbrecher haben die höchste Behandlungsbedürftigkeit...

	Minimal Treatment (Regular Supervision)	Augmented Treatment
High Risk Probationers	75% Recidivated	33% Recidivated
Low Risk Probationers	7% Recidivated	14% Recidivated

Therapieansätze 2: GLM (Tony Ward, Glenda Willis, Svenja Göbbels u.a.)

- **Grundbedürfnisse (primary goods):** life, knowledge, excellence in play, excellence in agency, inner peace, relatedness, community, spirituality, pleasure, creativity
- **secondary goods:** persönliche Vorlieben, Idole und Gewohnheiten
- **Zentrale Delikthypothese:** Täter teilen mit allen Menschen die Grundbedürfnisse, aber neigen bei Hindernissen zur Gewalt → GLM-Arbeitsblätter, Prognose
 - **inappropriate or harmful means:** z.B. Autodiebstahl, um Auto zu fahren
 - **lack of scope:** Erscheint die Lebensweise des Klienten zu einseitig?
 - **Ausprägung:** moderat oder extrem (Fixierungen)
 - **conflict or a lack of coherence:** Verfolgt Ihr Klient / Proband mehrere legitime Ziele, die sich gegenseitig ausschließen? (z.B. der gleichzeitige Wunsch nach romantischer Liebe und sexueller Freiheit)
 - **internal or external capabilities:** Fehlen dem Klienten Wissen, Fertigkeiten oder Selbstkontrolle, um seine Lebensziele erreichen zu können?
- **kriminogenes Muster für Sexualdelinquenz:** will der Klient gleichzeitig nach Intimität (intimacy), Spaß (pleasure) und Unabhängigkeit (autonomy)?
- **Behandlungsplanung:** 1) Akute Gefährdung, 2) Multiproblem-Diagnose (innere Hindernisse vor äußeren behandeln), 3) Eigenmitivation

Metaprinzipien der Prozeßqualität 1

- Evidenzbasierung, theoretische Fundierung und Werteorientierung (PQ 2.1)
 - RNR- und / oder GLM-Modell
 - (klinisch) psychologische Testverfahren, evaluierte Prognoseinstrumente
 - kriterienorientierte Entscheidungen (PQ 2.2): Benennung der Kriterien

- Offenbarungs- und Verschwiegenheitspflichten und -rechte (PQ 2.3)
 - Aufklärung des Klienten zu Offenbarung und Verschwiegenheit
 - rechtlicher Status: freiwillig, Bewährungs- oder Führungsaufsicht
 - Informationswege in Ausnahmesituationen wie z. B. bei Krisen

- Mehr-Augen-Prinzip (PQ 2.4)
 - Absicherung durch Redundanz angesichts der Schwere der Entscheidungsfolgen
 - Verbesserung der Ergebnisse durch die Erfassung verschiedener Sichtweisen, vor allem auch unterschiedlicher Professionen
 - regelmäßige Fall- und Teambesprechungen, externe Supervision sowie Abstimmung mit den im Einzelfall verbundenen Kooperationspartnern

Metaprinzipien der Prozeßqualität 2

– Dokumentation (PQ 2.5)

- nachvollziehbar, regelhaft, fachgerecht und zeitnah
- IT-gestütztes Dokumentationssystem wird empfohlen (vgl. SQ 11) → THERAPLAN

– Verlaufsanalyse und Fehlerkultur (PQ 2.6)

- bei Krisen, delinquenzrelevantem Verhalten, Weisungsverstößen
- aber auch bei Gelingen der Legalbewährung

→ Eine umfassende Analyse bezieht sowohl Kriterien für erfolgreiche Verläufe ein, z.B. erreichte Ziele, Entschärfung von Risikofaktoren oder verbesserte Ansprechbarkeit, wie auch die Analyse möglicher Fehler oder notwendiger Ressourcen für die zukünftige Arbeit.

→ interne und externe Evaluation → Sicherstellung der Finanzierung (vgl. SQ 11)

→ bei ISONA durch Kooperation mit Uni Leipzig (Psychologie) und TU Dresden (Soziologie) im Rahmen von Master-Arbeiten

Ergebnisqualität

EQ 1 „harte“ Kriterien: direkt deliktbezogen

- Gewaltvermeidung (Gewalt im Allgemeinen, häusliche, sexuelle Gewalt, Stalking)
 - Reduktion einschlägiger Gewalthandlungen
 - Reduktion sonstiger Delinquenz und weiterer dissozialer Verhaltensweisen
- Reduktion des Rückfallrisikos → Voraussetzung: Prä-Post-Messungen !
 - Reduktion der Risikokategorie, Risikoscores und relevanter Risikofaktoren
 - Anbindung / Drop-out

EQ 2 „weiche“ Kriterien: mittelbar deliktbezogen

- Ansprechbarkeit (Abbau von Feindseligkeit ggü. Forensik u.ä.)
- Zufriedenheit der Probanden
 - Subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung
 - Subjektive Lebenszufriedenheit → GLM
- Compliance (Termineinhaltung, Mitarbeit, Beachtung von Weisungen)
- Soziale Integration → z.B. Messung nach Maja Heiner, Pro-Ziel-Basisdiagnostik
- Team (unbefristete Arbeitsverträge, Mitarbeiterfluktuation und Krankenstand)

Fazit 1: Therapie mit Straffälligen - it works !

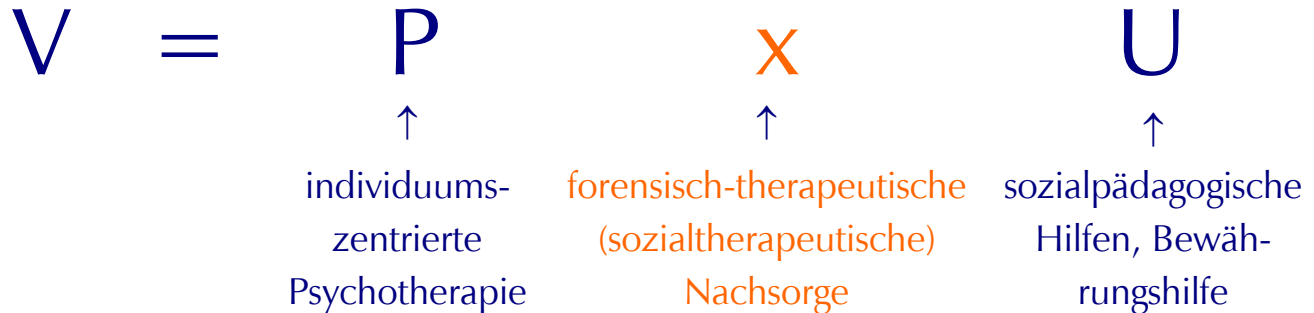
Chancen	Grenzen	ISONA
<p>– Versorgungslücke geschlossen: wird in allen Bundesländern kassenunabhängig angeboten</p>	<p>Niedersachsen und NRW: nicht im Bundesnetzwerk vertreten</p>	<p>in den Regionen Bautzen (→ Ostsachsen), Chemnitz (→ Erzgebirge), Dresden und Leipzig</p>
<p>– Zugangsmöglichkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • freiwillig • Bewährung • FA 	<p>in einigen Bundesländern nur als FA-Auflage (z.B. Sachsen-Anhalt)</p>	<p>auf allen drei Wegen</p>
<p>– Stärkung des Übergangsmagements: Beginn während der Haft, nach Entlassung unabh. von Dauer der Weisung</p>	<p>wenn nur unter FA, dann häufig nur nach Entlassung für die Dauer der Weisung (z.B. Baden-Württemberg)</p>	<p>Beginn 1 Jahr vor Entlassung, bei Bedarf „open end“</p>

Fazit 2: Therapie mit Straffälligen - it works !

Chancen	Grenzen	ISONA
– Behandlungsansätze: RNR, GLM	Umsetzung durch das therapeutische Personal	beide Ansätze
– Vielfalt therapeutischer Schulen: VT, TP, Syst, Sucht, Kunst	qualifikationsabhängig, in Bayern z.B. TP	vorrangig Syst, aber auch VT, partiell Sucht- und Kunsttherapie (in DD)
– Lebensweltorientierung (Hausbesuche, Einbezie- hung des Umfeldes)	passive Angehörige, Eigen- dynamik krimineller Kontakte, rechtes Spektrum	familientherapeutische Ansätze, Angehörigenarbeit
– Stärkung ambulanter Netzwerke	abhängig von Kooperation der Akteure (JVA, BWH/FA, Gerichte, Betreutes Wohnen, Suchtberatung)	regional sehr unterschiedlich
– Kontrollaspekte	Therapie nicht strafbewehrt	hoher Anteil Freiwilliger
– kriminalpräventive Wirkung	100%ige Rückfallvermeidung utopisch	mitlaufende Evaluation (2016 in DD vorgestellt)

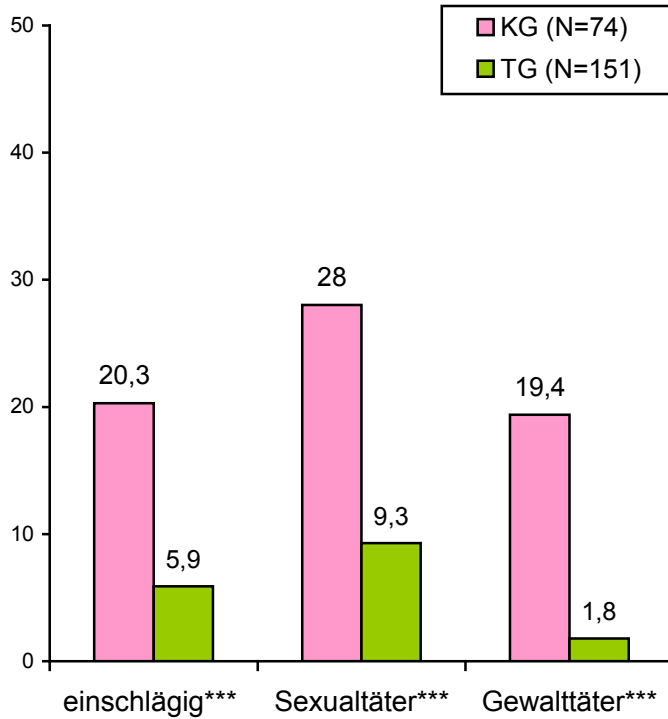
Fazit 3: Therapie mit Straffälligen - it works !

Kurt Lewins berühmte Formel: gilt auch für kriminelles Verhalten

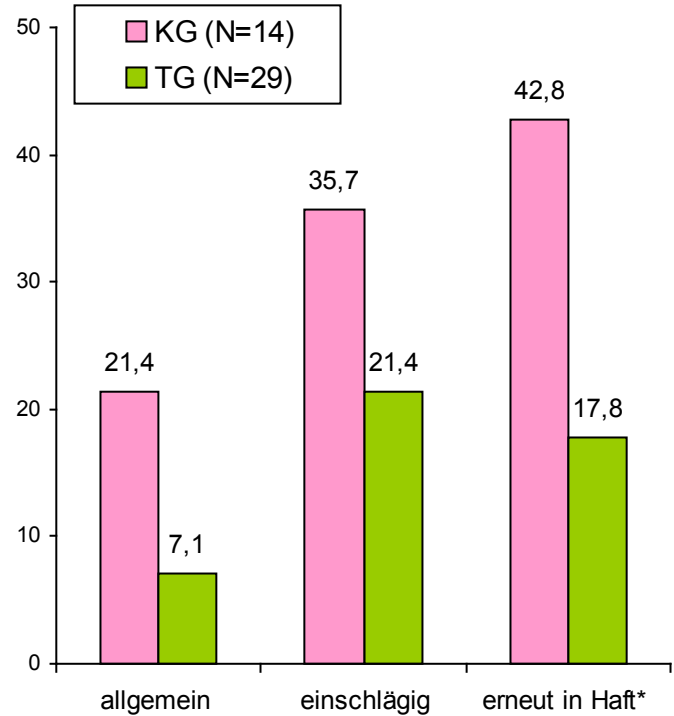


Effekte (Stand 30.6.2016): ISONA

- Reduktion der Rückfallrate während der Nachsorge um das 3- bis 8fache (einschlägig)
- Reduktion der Rückfallrate nach der Nachsorge um das 1.7 bis 3fache
- deutliche Reduktion der Wiederinhaftierungsquote um das 2.4fache



Rückfallquote in % während der Nachsorge (TG= Teilnehmer ISONA vs. KG = Nichtteilnehmer)



Rückfallquote in % nach der Nachsorge (Katamnesezeitraum 3-5 Jahre)

Fazit 4: Therapie mit Straffälligen - it works !

Therapie kann keine Wunder bewirken, aber ein Ansprechpartner sein, um intramural angeregte Persönlichkeitsnachreifung unter realen Lebensverhältnissen zu stabilisieren sowie um Klienten durch Krisen und Konflikte zu begleiten, indem sie legale Handlungsalternativen aufzeigt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !