

Die risikoorientierte Behandlung zurechnungsunfähiger Straftäter in Österreich – State-of-the-Art-Ansatz in der Justizanstalt Asten

*Martin Kitzberger, Lorenz Aigner-Reisinger, Eva Mittendorfer,
Anna Aschauer & Jorina Scholz*

Zusammenfassung

Die Integration von Behandlung und Risikomanagement im österreichischen Maßnahmenvollzug ist bereits durch die aktuell geltenden gesetzlichen Grundlagen im Strafvollzugsgesetz vordefiniert. In diesem Artikel wird die Umsetzung der Synthese dieser basalen Bestandteile in der Unterbringung zurechnungsunfähiger Rechtsbrecher in der Praxis am Beispiel der Justizanstalt Asten (Forensisches Zentrum Asten), einer Sonderanstalt für die Unterbringung von psychisch kranken Rechtsbrechern, thematisiert. Aktuelle Daten und das grundsätzlich risikoorientierte Behandlungskonzept dieser forensisch-therapeutischen Institution in Asten werden in ihrer Ausgestaltung vorgestellt und erläutert. Das individuelle Gefährlichkeitsmanagement bildet die Basis für die einzelfall- und störungsspezifische intramurale Therapie und für freiheitsbezogene extramurale Lockerungen. Das grundsätzlich risikoorientierte Behandlungskonzept stellt bei positivem Verlauf eine sehr gute Argumentationsbasis für eine mögliche bedingte Entlassung durch das zuständige Gericht dar und ist empirisch nachgewiesen erfolgreich.

Schlüsselwörter: Gefährlichkeit, risikoorientierte Behandlung, psychische Störung, Maßnahmenvollzug, bedingte Entlassung

The risk-oriented treatment of offenders found not guilty by reason of insanity in Austria – The state-of-the-art-approach in the Justizanstalt Asten (Forensic Therapy Centre Asten)

Abstract

The integration of treatment and risk management of mentally ill offenders in the Austrian correctional system is predefined by the currently applicable legal basis in the Penitentiary Act of Austria. This article discusses the practical implementation of these two synthesizing components in the placement of offenders found not guilty by reason of insanity. The Justizanstalt Asten (Forensic Therapy Centre Asten) is presented in the following as an example of a specialized facility for the placement of mentally ill offenders. Current data and the risk-oriented treatment concept of Justizanstalt Asten are discussed and explained. Hereby, individual risk management forms the basis for individual case- and disorder-specific intramural therapy, as well as for freedom-related extramural alleviations. In case of a positive development, the risk-oriented treatment concept provides a very good basis for argumentation of a possible conditional release by the responsible court and is empirically proven to be successful.

Keywords: Dangerousness, risk-oriented treatment, mental disorder, forensic psychiatric facility, conditional release, NGRI

1 Einleitung

In Österreich findet die Unterbringung psychisch gestörter Rechtsbrecher – sogenannter geistig abnormer Rechtsbrecher – gemäß § 158 Strafvollzugsgesetz (öStVG, BGBl 1969/144 idF BGBl II 2020/593; Drexler & Weger, 2018) in dafür bestimmten Anstalten oder in dafür besonders bestimmten Außenstellen der Anstalten zum Vollzug von Freiheitsstrafen statt. Das Besondere des österreichischen Maßnahmenvollzugs ist demnach, dass sich die gesetzlichen Grundlagen für die *Unterbringung zurechnungsunfähiger Straftäter* bei einer Verurteilung nach § 21 Abs 1 österreichisches Strafgesetzbuch (öStGB, BGBl 1974/60 idF BGBl I 2020/148) im Strafvollzugsgesetz (StVG) befinden und die Zuständigkeit dem Bundesministerium für Justiz obliegt.

Wie die Integration von Behandlung und Risikomanagement im *österreichischen Maßnahmenvollzug* in einer der hierfür vorgesehenen Einrichtungen in der Praxis umgesetzt wird, um die in § 164 öStVG geregelten Zwecke der Unterbringung zu erreichen, ist Gegenstand des vorliegenden Artikels. Aktuelle Daten und das risikoorientierte Behandlungskonzept der Justizanstalt Asten (JA Asten), einer sogenannten *Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher* (öStGB) bzw. Sonderanstalt für den Maßnahmenvollzug (Vollzugshandbuch, 2021), werden im Folgenden in Bezug auf die in der JA Asten stattfindende Unterbringung von *zurechnungsunfähigen männlichen, sogenannten geistig abnormen Rechtsbrechern* dargestellt (gemäß § 21 Abs 1 öStGB verurteilt). Die JA Asten hat darüber hinaus Kapazitäten und Zuständigkeit für den

Vollzug von geistig abnormen *zurechnungsfähigen* Straftätern (gemäß § 21 Abs 2 öStGB). In Folge wird die Diktion (zurechnungsfähige oder zurechnungsunfähige) *psychisch schwer gestörte bzw. kranke Rechtsbrecher* verwendet.

Die zurechnungsunfähigen männlichen psychisch schwer gestörten Rechtsbrecher in der JA Asten haben deswegen keine Freiheitsstrafe erhalten, weil sie *unter dem Einfluss eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustandes* (§ 11 öStGB) eine Straftat begangen haben, welche auf einer geistigen oder seelischen Störung höheren Grades beruht. Gemäß § 429 Abs 2 Z 2 Strafprozessordnung (öStPO, BGBl 1975/629 idF BGBl 2010/108) wurden sie diesbezüglich durch mindestens eine/n Sachverständige/n aus dem Gebiet der Psychiatrie untersucht. Somit wurden diese zum Zeitpunkt der Tat als zurechnungsunfähig identifizierten Personen vom jeweils zuständigen Landesgericht in die JA Asten eingewiesen, weil nach deren Person, Zustand und nach der Art der Tat zu befürchten war, dass sie ansonsten unter dem Einfluss ihrer geistigen oder seelischen Abartigkeit eine weitere mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren Folgen begehen werden (vgl. öStGB, 2020).

In § 158 Abs 3 öStVG ist für *zurechnungsunfähige* psychisch gestörte Rechtsbrecher explizit geregelt, dass bei der Einrichtung von Anstalten, die für die Unterbringung nach § 21 Abs 1 öStGB bestimmt sind, insbesondere auf die Erfordernisse Bedacht zu nehmen ist, die sich im Zusammenhang mit der psychiatrischen Behandlung der Unterbrachten (§ 165 öStVG) ergeben. Ergänzend sei angemerkt, dass gemäß § 158 Abs 4 öStVG die Unterbringung nach § 21 Abs 1 öStGB unter bestimmten Umständen und gemäß besonderer Vereinbarungen nach § 167a Abs 3 öStVG auch in einer öffentlichen Krankenanstalt für Psychiatrie vollzogen werden kann, in etwa analog der (geschlossenen) Unterbringung von psychisch Kranken nach dem österreichischen Unterbringungsgesetz.

Im österreichischen Strafvollzugsgesetz sind, wie bereits erwähnt, die Zwecke der Unterbringung (§ 164 Abs 1 öStVG) für in eine *Anstalt für geistig abnorme* (zurechnungsfähige sowie auch zurechnungsunfähige) *Rechtsbrecher* Eingewiesene geregelt. Behandlung im Sinne von Besserung des abnormen Zustands und Risikomanagement während der Unterbringung wie auch prospektiv stellen diesbezüglich entscheidende Kriterien dar (vgl. Kitzberger, 2015, 2017):

Zum einen sollen psychisch kranke Rechtsbrechern durch die Unterbringung davon abgehalten werden, dass sie unter dem Einfluss ihrer geistig oder seelischen Störung mit Strafe bedrohte Handlungen begehen (Sicherheitsmaßnahme). Zum anderen soll die Unterbringung den Zustand der Unterbrachten soweit bessern, dass die Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung zukünftig nicht mehr zu erwarten ist (Besserungsauftrag bzw. Behandlungsauftrag gemäß §§ 165, 166 öStVG). Im Vordergrund steht die Besserung des (abnormen) Zustands. Darüber hinaus ist die Hilfe zu einer (zukünftigen) rechtschaffenen und den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens angepassten Lebenseinstellung vorgesehen (Einstellungsänderung im psychologischen Sinn). Dies soll vor allem durch Betreuungsmaßnahmen erreicht werden, sodass zu-

künftig keine weitere strafbare Handlung, auch geringfügiger Art (wie der Kommentar zum öStVG festhält), erwartet werden muss (Drexler & Weger, 2018).

1.1 Datenlage zurechnungsunfähiger Untergebrachter gemäß § 21 Abs 1 StGB

In Österreich ist vor allem in den letzten Jahren ein enormer Anstieg von nach § 21 Abs 1 öStGB eingewiesenen Untergebrachten im Maßnahmenvollzug zu verzeichnen. Es gibt zuletzt seit 2016/2017 eine offenkundig restriktivere Einweisungstendenz, weil es nun erneut zu einem starken Anstieg der Eingewiesenen gekommen ist. Stieg die Zahl der zum Tatzeitpunkt zurechnungsunfähigen psychisch kranken Rechtsbrecher zwischen 2001 und 2012 um 64 Prozent (von 248 auf 408 Personen), so haben wir nun, von 2017 bis 2021, also in nur vier Jahren, eine Steigerung von 68 Prozent zu verzeichnen (von 419 auf 705 Personen). In Summe, nimmt man den gesamten zwanzigjährigen Zeitraum her, sind die Insassenzahlen von 2001 bis 2021 um 184 gestiegen (gemäß der elektronischen Vollzugsdatenerfassung beginnend mit 2001; BMJ, 2021).

Gemäß der nationalen Kriminalstatistik nehmen die Gewaltdelikte seit 2016 sukzessive ab und die Aufklärungsquote steigt. 2020 wurde der niedrigste Wert bei Gewaltdelikten seit den letzten sechs Jahren verzeichnet (BMI, 2021; BMI, 2020).

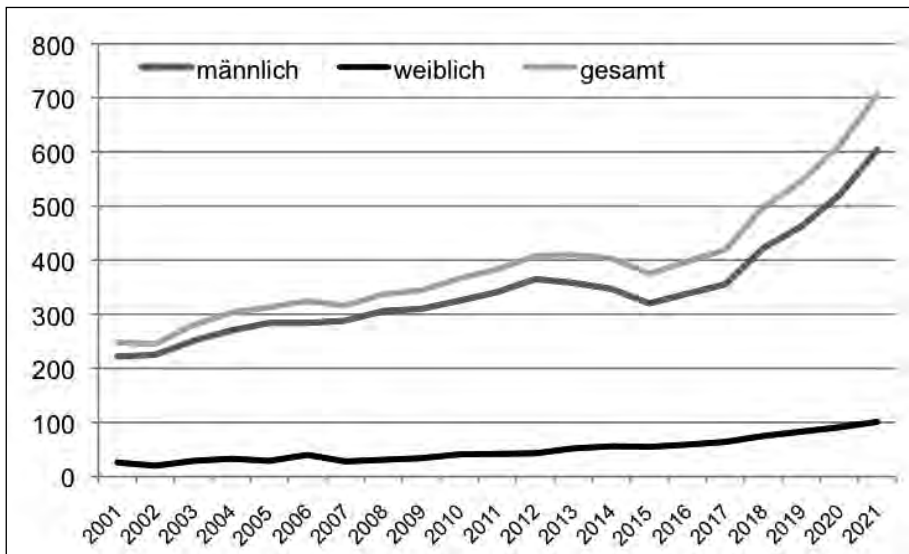


Abbildung 1: Entwicklung der nach § 21 Abs 1 öStGB eingewiesenen Untergebrachten in Österreich über den Zeitraum von 20 Jahren (Stichtag jeweils 1. Jänner); die männliche, weibliche und zusammengefasste Wachstumskurve der Einweisungszahlen ist ersichtlich.

Die vorherrschende nationale Sicherheitspolitik, das Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung sowie konkrete Einzelereignisse wie der Mord am Brunnenmarkt in Wien im Mai 2016 sowie die danach eingesetzte SOKO und deren Ergebnis (der Tenor dieser war, dass das Richtige zu tun unterlassen worden ist, Kompetenzzersplitterung und schlechte Kommunikation der Behörden) werden zumeist als Erklärungen dieses Anstiegs an Einweisungen vorgebracht. Große kriminalpolitische und institutionelle Bemühungen im Maßnahmenvollzug in puncto Stabilisierung bzw. sogar Senkung der Einweisungszahlen von 2012 bis 2016 und auch reichliche Bemühungen bezüglich der institutionellen Detentionsakzeptanz bzw. die Erhöhung der Entlassungszahlen (bedingte Entlassungen aus dem Maßnahmenvollzug) bei als äußerst positiv zu bewertenden rückgängigen Rückfallzahlen erlitten einen enormen Rückschlag, wie in Abbildung 1 ersichtlich (Jabloner, 2019; Fuchs 2019).

Der anhaltende positive Trend der Legalbewährung psychisch kranker Rechtsbrecher, welche gemäß § 21 Abs 1 öStGB untergebracht waren, wird mit verbesserter Nachbetreuung und Kontrollinstituten bezüglich richterlicher Weisungen in der Probezeit sowie aber auch mit den neuen antipsychotischen Depotmedikamenten in Verbindung gebracht (Kasper et al., 2014).

2 Empirische Daten und Erkenntnisse zu den zurechnungsunfähigen Unterbrachten gemäß § 21 Abs 1 StGB in der Justizanstalt Asten

Im Folgenden wird auf aktuell ausgewertete Daten (Ende 2020), welche die momentane Situation gut abbilden, eingegangen:

2.1 Störungsbilder

Im Rahmen einer zwischen 2016 und 2018 durchgeführten Erhebung in Form einer umfangreichen qualitativen Aktenanalyse wurden die in diesem Zeitraum in der JA Asten stationär unterbrachten Klienten nach § 21 Abs 1 öStGB untersucht. Dabei wurden von 120 zu diesem Zeitpunkt gemäß diesem Paragraphen unterbrachten Personen die Daten von n=106 Personen erhoben, da von diesen jeweils alle herangezogenen Unterlagen in der JA vollständig vorrätig und nicht etwa gerade zur Vorlage bei Gericht im Rahmen einer Berufung, eines offenen bzw. laufenden Verfahrens, in einer anderen Institution oder in anderer Verwendung in oder außer Haus waren.

In dieser Stichprobe zeigt sich die paranoide Schizophrenie (66%) laut dem einweisungsrelevanten psychiatrischen Sachverständigengutachten (gemäß § 429 Abs 2 Z 2 öStPO) als häufigste Einweisungsdiagnose, gefolgt von der schizoaffektiven (13,4%) und der wahnhaften Störung (5,2%) wie in der Häufigkeitsdarstellung der Hauptdiagnosen in Abbildung 1 ersichtlich ist. Nebendiagnosen weisen 28,3% der Stichprobe



Abbildung 2: Häufigkeitsdarstellung der Hauptdiagnosen laut Einweisungsgutachten (n=106).

auf. Dabei handelt es sich bei 6,6% um eine Intelligenzminderung und bei 21,7% um eine Persönlichkeitsstörung.

Diese empirischen Beobachtungen entsprechen den Eingangmerkmalen für Zurechnungsunfähigkeit des österreichischen Strafrechts (§ 11 öStGB), nämlich „Geisteskrankheit, geistige Behinderung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung oder eine andere schwere, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung“.

Als weitere Nebendiagnosen bzw. Komorbiditäten, welche nicht in § 11 öStGB abgebildet sind, zeigt die Analyse der psychiatrischen Einweisungsgutachten in den österreichischen Maßnahmenvollzug zusätzlich zahlreiche Diagnosen in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. Eine solche Diagnose weisen 42,5% der Stichprobe (n=106) auf, wobei es sich zu 25,5% um einen schädlichen Gebrauch, zu 13,2% um ein Abhängigkeitssyndrom und zu 3,8% um eine psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch nach ICD-10 handelt.

Zudem lässt sich in dieser Stichprobe von 106 Untergebrachten feststellen, dass jene mit jeglicher Substanzproblematik (Alkoholmissbrauch oder multipler Substanzmissbrauch) im Durchschnitt signifikant mehr Vorstrafen und einen höheren Gesamtscore in der PCL-R (Psychopathy Checklist – Revised, Hare 2003) aufweisen, was wiederum mit einem höheren Rückfallrisiko einhergeht und eher impulsiv-antisoziales, arrogantes und täuschendes, sowie impulsiv-verantwortungsloses Verhalten zeigt als Untergebrachte ohne lebensgeschichtliche Substanzproblematik (Scholz, 2020).

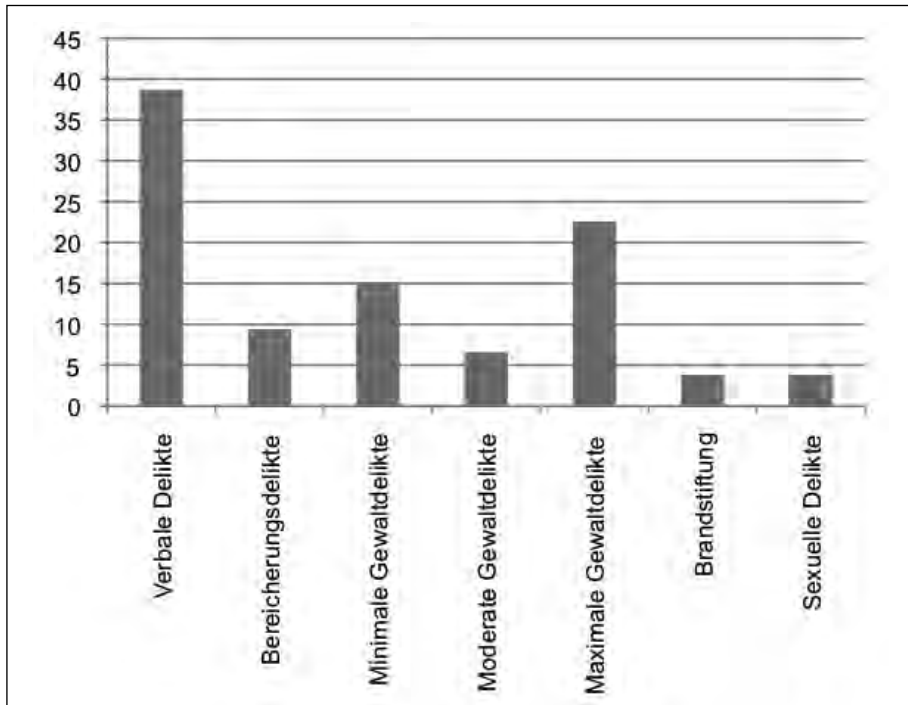


Abbildung 3: Häufigkeitsangaben des Anlassdelikts nach Deliktgruppen, Angaben in %.

2.2 Verteilung der Anlassdelikte der Untergebrachten

Nach einer Klassifikation der Anlassdelikte (Scholz, 2020; angelehnt an die Modelle von Taylor, 1985 und Stompe, Ortwein-Swoboda & Schanda, 2004) zeigen sich im Rahmen der vorliegenden Stichprobe verbale Delikte mit 38,7% am häufigsten, wobei es sich vor allem um Gefährliche Drohung und Nötigung handelt. Maximale Gewaltdelikte, Mord und Totschlag, kommen mit 15,1% häufiger vor als minimale Gewaltdelikte (9,4%), beispielsweise leichte Körperverletzung. Brandstiftung und sexuelle Delikte sind in der Stichprobe mit jeweils 3,8% wenig repräsentiert.

2.3 Alter, Vorstrafen, psychiatrische Voraufenthalte und Wiederkehrer

Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des Anlassdelikts beträgt im Rahmen der vorliegenden Stichprobe 36,26 (SD=10,72). Die Delinquenzbelastung vor dem Anlassdelikt bildet sich so ab, dass die Untergebrachten durchschnittlich 2,25 Vorstrafen aufweisen (SD=4,42). Die Berechnungen zeigen zudem, dass 86,8% der Stichprobe

vor der Unterbringung im Maßnahmenvollzug mindestens einen Aufenthalt in einer stationären psychiatrischen Einrichtung aufweisen, wobei bei 82,1% mehr als ein Voraufenthalt eruiert war.

Bei 20,2% der Stichprobe handelt es sich um Personen, die sich zum wiederholten Male im Maßnahmenvollzug befinden, weil sie entweder ein erneutes Delikt gesetzt haben und deshalb aktuell wieder zur Unterbringung gemäß § 21 Abs 1 öStGB verurteilt wurden oder aber, wie dies zumeist der Fall ist, dass aufgrund von sogenannten *Weisungsbrüchen* gemäß § 54 öStGB die *bedingte Entlassung aus der vorbeugenden Maßnahme widerrufen* wurde. Die bedingte Entlassung aus einer Unterbringung gemäß § 21 öStGB wird nach § 54 öStGB unter in § 53 öStGB genannten Voraussetzungen widerrufen, wenn sich aus den dort genannten Umständen ergibt, dass die *Gefährlichkeit, gegen die sich die vorbeugende Maßnahme richtet, noch besteht*.

3 Differenzierte Unterbringungs- und Behandlungsbereiche in der Sonderanstalt Asten

Die im Jahr 2010 in Betrieb genommene JA Asten (ehemals Forensisches Zentrum Asten; Kitzberger, 2011) ist auf die Behandlung, Vorbereitung und Einleitung der bedingten Entlassung von zurechnungsunfähig sowie zurechnungsfähig untergebrachten Männern und Frauen spezialisiert (Kitzberger, Giritzer & Aigner-Reisinger, 2012; Kitzberger, Engel & Nosko, 2014, 2015). In Summe umfasst die Maßnahmenvollzugsanstalt mittlerweile 215 Behandlungsplätze in Doppel- und Einzelzimmer. Die JA Asten ist in einen *klinischen, sozialtherapeutischen* und *integrativ-therapeutischen Bereich* unterteilt, wobei die Untergebrachten jeweils in fast ausschließlich offen gestalteten Wohngruppen leben. Je nach Funktions- und Strukturniveau sowie Motivation der Untergebrachten erfolgt eine entsprechende Einbindung in die jeweiligen Angebote der Tages-, Freizeit- und Therapiestruktur.

Im *klinischen Bereich* (91 Plätze) werden psychisch Kranke mit chronischen Krankheitsverläufen behandelt und zumeist erfolgen in diesem Bereich auch die Neuaufnahmen. Es besteht in der Regel ein hoher Betreuungsbedarf der Untergebrachten, in erster Linie von psychiatrischer, psychologischer und pflegerischer bzw. betreuender Seite, aber auch an Sonder- und Heilpädagogik (vor allem bei organischen Störungen, Intelligenzminderung und schweren multimorbid-chronischen Störungen). Die klientenzentrierte Behandlung der psychiatrischen Erkrankung sowie die delikt-spezifische Behandlung stehen im Vordergrund. Organisiert sind die jeweiligen Bereiche und ihre dazugehörigen Wohngruppen von jeweils dafür zuständigen interdisziplinären Wohngruppenteams. Bedingte Entlassungen gemäß § 47 öStGB direkt aus dem klinischen Bereich erfolgen zumeist in hochstrukturierten Betreuungs- und Wohnformen, in welchen dies vorher auch unter gut kontrollierten Bedingungen erprobt wird (gem. § 166 Abs 2 öStVG).

Im *sozialtherapeutischen Bereich* (62 Plätze) stehen die Aufrechterhaltung eines stabilen psychopathologischen Zustandsbildes, erhöhte Selbstständigkeit, Außenorientierung und Resozialisierung der Untergebrachten im Vordergrund der Behandlung und Betreuung dieses milieutherapeutischen Konzepts. Nach erfolgter Stabilisierung des psychopathologischen Zustandsbildes im klinischen Bereich, und bereits erster schrittweise erprobter bzw. unter erhöhter Observanz durchgeführter Lockerungsmaßnahmen, können Untergebrachte in diesen Bereich wechseln. Dort können sie unter entsprechend weiter gelockerten Bedingungen auf eine bedingte Entlassung gemäß § 47 öStGB unter entsprechend realistischen Bedingungen vorbereitet werden (z.B. erweitertes extramurales Probewohnen gemäß § 166 Abs 2 StVG). Die Klienten des sozialtherapeutischen Bereichs weisen bereits einen deutlich geringeren Betreuungsbedarf aufgrund ihrer erhöhten Selbstständigkeit auf, und ihre individuelle Gefährlichkeit wird in der Regel als bereits deutlich geringer als zu Beginn der Behandlung eingeschätzt. Diese Untergebrachten erhalten die individuell nötige Begleitung und Unterstützung im Alltag zur weiteren Steigerung ihrer praktischen und sozialen Kompetenzen und zum weiteren Gefährlichkeitsabbau.

Im *integrativ-therapeutischen Bereich* (26 Plätze für Männer, 36 für Frauen) erfolgt die klientenzentrierte Behandlung von schweren Störungen, welche zumeist von emotionaler Instabilität und Dissozialität (hauptsächlich Cluster-B-Störungen gemäß DSM-V) sowie von sexuellen Störungsanteilen geprägt sind, vor allem was die nach § 21 Abs 2 öStGB zurechnungsfähigen Untergebrachten betrifft. Die Klienten weisen in der Regel eine erhöhte Selbst- und Fremdgefährdung und hohes Spaltungs- und Manipulationspotential auf, was einen sehr hohen und strukturierten sowie auf die einzelnen Klienten konzentrierten Betreuungsbedarf bedeutet. Der Gefährlichkeitsabbau erfolgt vorrangig durch die Umsetzung von psychologischen Konzepten und psychotherapeutischer Behandlung neben der psychiatrischen Intervention. Zur Einschätzung der intramuralen und im Laufe der Behandlung auch extramuralen Gefährlichkeit und deren Abbau bedarf es sehr guter Kenntnisse der individuellen Delinquenzentwicklung, zumal die Erarbeitung einer adäquaten Delikthypothese essentiell für die Behandlung der problematischen persönlichkeitsgestörten Anteile ist.

4 Die risikoorientierte Behandlung in der JA Asten

Die Behandlungsnotwendigkeit, Intensität und Art der (kriminal-)therapeutischen Intervention aufgrund der einweisungsrelevanten Gefährlichkeit ergibt sich – wie für den Strafvollzug – auch für den Maßnahmenvollzug aus dem *Risk-Need-Responsivity-Modell* (Andrews & Bonta, 2007). Dieses weit verbreitete Behandlungsmodell für Risikotäter im Straf- und Maßnahmenvollzug beinhaltet die drei folgenden zentralen Prinzipien:

- *Risk-Prinzip*: Die Behandlungsintensität soll an das individuelle Rückfallrisiko der Täter angepasst werden, d.h. je höher das Risiko, desto intensiver die Behandlung.
- *Need-Prinzip*: Die Behandlung soll auf die vorhandenen Risikofaktoren (kriminogene Bedürfnisse) abzielen.
- *Responsivity-Prinzip*: Die Behandlung soll auf Lernstil, Motivation und Stärken der Täter abgestimmt werden. Dadurch maximiert man die Fähigkeit der Täter aus den rehabilitativen Interventionen zu lernen.

Um die einzelfallorientierte Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher im Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs 1 StGB an diesen Prinzipien auszurichten, bedarf es der Durchführung einer State-of-the-Art-Risikoprognose mit Identifikation dynamischer Risikofaktoren, sodass individuell geeignete störungs- und deliktspezifische therapeutische Interventionen gesetzt werden können. Sowohl der daraus resultierende individuelle Behandlungsplan als auch eine bei gutem Verlauf schrittweise folgende freiheitsbezogene Lockerung gemäß § 166 Abs 2 öStVG bedürfen einer fundierten Lockerungsprognose, welche die Einschätzung der Gefährlichkeit anhand von standardisierten Risikoprognoseinstrumenten verlangt (Tröbinger & Kitzberger, 2015). In der JA Asten finden üblicherweise folgende Prognoseinstrumente bei der Beurteilung von psychisch gestörten Rechtsbrechern gemäß § 21 Abs 1 StGB Anwendung:

- HCR-20 V3 (Historical Clinical Risk Scheme Version 3)
von Douglas, Hart, Webster und Belfrage (2014)
- VRAG-R (Violence Risk Appraisal Guide – Revised Version)
in deutscher Version von Rettenberger, Gregório Hertz und Eher (2017)
- PCL-R (Psychopathie Checklist – Revised)
von Hare (2003)

Ob und welche Prognoseinstrumente im Einzelfall darüber hinaus oder stattdessen ausgewählt werden, richtet sich nach den jeweils zu beurteilenden Prognosetaten, z.B. bei Sexualdelikten finden spezialisierte Verfahren wie Static 99, SORAG oder SVR-20 Anwendung. Das HCR-20 V3 nimmt unter diesen Verfahren für die Klientel der Untergebrachten nach § 21 Abs 1 öStGB eine zentrale Rolle ein, da es sich um eine strukturierte professionelle Risikobeurteilung handelt und man dadurch individuell vorhandene dynamische Risikofaktoren identifizieren kann, was für das umfassende intra- und extramurale Risikomanagement sehr entscheidend ist (vgl. Franqué, 2013). Die wichtigsten Schritte der Beurteilung eines Gewalttrisikos im Sinne der strukturierter professionellen Risikobeurteilung lassen sich wie folgt beschreiben: Sammeln der Informationen für den spezifischen Fall, Bewertung der einzelnen Risikofaktoren, Beurteilung der Relevanz der identifizierten Risikofaktoren, Fallkonzeptionalisierung, Formulieren von Risikoszenarien und Entwicklung von Risikomanagementstrategien

mit Fokus auf klinisch-dynamische Risikofaktoren oder kriminogene Bedürfnisse (Douglas et al., 2014; Murray & Thomson 2010).

Im Fokus einer adäquaten Betreuung, Behandlung und Beschäftigung stehen verschiedene psychotherapeutische Maßnahmen im Einzel- und Gruppensetting, psychoedukative Verfahren, Sozio- und Milieuthérapie, Musik- und Ergotherapie sowie die medikamentöse Therapie (Volbert & Steller, 2008).

In der JA Asten fungieren klinische Psychologen (Psychologischer Dienst) als klinisch-forensische Case-Manager, bei welchen alle Informationen für das klientenzentrierte Risikomanagement zusammenlaufen. Die Aufgaben des Case-Managements sind neben vorgegebenen administrativen Tätigkeiten im Zusammenwirken mit den zuständigen Fachärzten des jeweiligen multiprofessionellen Fallteams die Erstellung, Durchführung und Evaluierung des individuellen Behandlungsplans (vgl. Müller et al., 2017; Kitzberger et al., 2012). Der Behandlungsplan zielt gemäß § 164 ff öStVG auf eine Veränderung des Problemverhaltens ab, welcher je nach kognitiver Leistungsfähigkeit eine Problemeinsicht vorausgehen muss. Bei gravierenden kognitiven Einschränkungen ist die Verhaltensmodifikation zumeist nur über engmaschige Betreuung und direkte Rückmeldung von Fehlverhalten möglich. Die Problemeinsicht variiert bei Unterbrachten im Maßnahmenvollzug auch hinsichtlich unterschiedlicher delinquenzbegünstigender Faktoren stark, wobei sie besonders in Bezug auf prokriminelle Einstellungen (vgl. Bonta & Andrews, 2017) und delinquenzbegünstigende Einflüsse der Peergruppe nur gering ausgeprägt ist (Fritz, 2019).

Da Behandlung im Maßnahmenvollzug im Rahmen eines Zwangskontexts stattfindet und Behandlungsmotivation seitens der Betroffenen unerlässlich für Problemeinsicht und Verhaltensänderung ist, kommt der therapeutischen Beziehung besondere Gewichtung zu (vgl. Höfer et al., 2015; Müller et al., 2017). Die Qualität der Beziehung zwischen Patient und Behandler ist also prädiktiv für einen Therapieerfolg (Meyer et al., 2019, S. 363). Die Herausforderung liegt darin, aus den vertikalen Machtgefügen des Systems horizontale Plattformen zu schaffen, auf denen respektvolle, wertschätzende Begegnungen stattfinden können (Kröber, 2016; zitiert nach Kröber, 2019, S. 2). Ziel dabei ist, dass die Patienten im Dialog mit ihren Behandlern, Mitpatienten und Angehörigen zu einer selbstkritischen Auseinandersetzung mit ihrem Delikt, der psychischen Störung und den kriminogenen Bedürfnissen (“needs”; vgl. Bonta & Andrews, 2017) angeregt werden und basierend auf diesem Verständnis zu einer nachhaltigen Lebensstiländerung motiviert werden (Müller et al., 2017, S. 11).

Die JA Asten ist nach einem intra- und extramuralen risikoorientierten Lockerungsschema bestehend aus vier Lockerungsstufen ausgerichtet. Diese erstrecken sich von der Sicherheitsstufe 4 (hohes intramurales Risiko, keine Außenorientierung), bei der individuelle Sicherheitsmaßnahmen auf die jeweiligen Klienten abgestimmt werden, über eine freie Bewegung, Aufenthalt und Beschäftigung in der Anstalt im Rahmen der Stufe 3, bis hin zu begleiteten bei der Stufe 2 und unbegleiteten Ausgängen bei der Stufe 1. Begleitete Ausgänge können dabei in Einzel- bzw. Gruppenausgängen in Begleitung durch Mitarbeiter oder externe Betreuer stattfinden. Gemäß § 166 StVG sind

Außenorientierungen, sogenannte Unterbrechungen der Unterbringung (UdU), in an das Funktionsniveau der Klienten angepassten Nachsorgeeinrichtungen möglich, bei welchen die erarbeiteten Kompetenzen erprobt werden können und die Untergebrachten auf eine zukünftige Wohnform, Tagesstruktur, weitere Therapie- und Behandlungsmaßnahmen sowie richterliche Überprüfungen vorbereitet werden (Kitzberger et al., 2015; Engel & Kitzberger 2018). Jeder dieser freiheitsbezogenen Lockerungsschritte wird von den zuständigen klinisch-psychologischen Case-Manager gefährlichkeitsprognostisch evaluiert und mit den jeweils zuständigen Fachärzten für Psychiatrie abgestimmt und entsprechend risikoorientiert angepasst.

5 Die störungsspezifischen Behandlungsangebote

Im Folgenden wird auf die große Gruppe der Untergebrachten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis eingegangen, danach auf die großen Themen und Probleme im Rahmen der Behandlung von komorbid bzw. multimorbid auftretendem Substanzmissbrauch und der dissozialen Persönlichkeitsstörung. Als Spezialfall der Behandlung wird die Intelligenzminderung angesehen.

5.1 Behandlung der Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Unter den Untergebrachten mit psychotischen Störungen gibt es eine kleine Gruppe, bei der die psychiatrische und psychologische Behandlung rasch positive Ergebnisse erzielt (Lau, 2017). Bei dieser handelt es sich zumeist um Patienten, bei denen der Erstkontakt mit dem psychiatrischen Hilfesystem im Rahmen des Ermittlungs- bzw. Strafverfahren zustande kommt (vgl. Typ II der „Schizophrene(n) mit aggressivem Verhalten gegenüber anderen“ nach Hodgins & Müller-Isberner, 2014; Lau, 2017). Laut eigenen Berechnungen trifft diese Bedingung auf 13,2% der Untergebrachten der JA Asten zu. Der Behandlungsverlauf ist hierbei gekennzeichnet durch die erfolgreiche Erarbeitung eines Fallkonzepts mit klar definierbaren Problembereichen, der Erarbeitung eines umfassenden Störungsverständnisses, eine wirksame Pharmakotherapie ohne gravierende Nebenwirkungen und eine stabile Behandlungssadhärenz, was die problemlose Rehabilitation in gestuften Behandlungsschritten ermöglicht (Lau, 2017).

Intensiver verläuft die Behandlung bei schizophrenen Rechtsbrechern, die eine längere prädeliktische Symptomatik aufweisen (vgl. Typ III nach Hodgins & Müller-Isberner, 2014). Besonders herausfordernd ist der Typ I nach Hodgins & Müller-Isberner (2014), da diese Gruppe an psychisch kranken Delinquenten einer lang andauernden ineffektiven psychiatrischen Vorbehandlung ausgesetzt war, unzureichend auf die psychopharmakologische Medikation anspricht und deswegen eine anhaltende Positivsymptomatik aufweist. Des Weiteren erschweren komorbide Störungen die Behandlung zusätzlich. Wichtig in der Behandlung dieser letztgenannten Patientengrup-

pe ist das Erstellen eines differenzierten Fallkonzepts, eine optimierte Psychopharmakotherapie, psychotherapeutische Interventionen sowie Motivationsarbeit im Rahmen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, mit dem übergeordneten Ziel, eine tragfähige Adhärenz aufzubauen (vgl. Lau, 2017).

Im Vordergrund der Behandlung dieses Störungsbildes steht die Verordnung einer antipsychotischen Medikation, wodurch eine Reduktion der akutpsychotischen Symptomatik bzw. im besten Fall ein komplettes Abklingen der psychotischen Episode erreicht werden soll. Ebenso relevant sind neben der pharmakologischen Behandlung psychotherapeutische und psychologische Interventionen. Eine tragfähige therapeutische Beziehung ist für ein effektives Arbeiten unumgänglich. Browne et al. (2019) konnten in ihrem umfassenden Review zur therapeutischen Beziehung bei Schizophrenen und deren Behandlern feststellen, dass für Klienten die positive Bewertung der Beziehung von dem Vorhandensein einer Behandlungseinsicht und Medikamentencompliance abhängig ist. Ist die Beziehung zu den Therapeuten tragfähig, kann einer gravierenden Verschlechterung des psychopathologischen Zustandes durch das Erkennen und Melden von Frühwarnzeichen, insbesondere sozialem Rückzug, Misstrauen, geringer Belastbarkeit, Affektverflachung aber auch ein ungewöhnliches Interesse an Religion oder Übernatürlichem, entgegengewirkt werden. Bei dieser Art von Anzeichen gilt es neben einer raschen psychiatrischen Intervention auch abhängig von der bekannten individuellen Gefährlichkeit aufklärende und entlastende Gespräche im Einzelsetting anzubieten, um einer Exazerbation entgegenzuwirken und gegebenenfalls eine Zwangsbehandlung gemäß § 69 Abs 1 öStVG oder andere Maßnahmen bezüglich Sicherheit und Ordnung verhindern zu können.

Neben der Behandlung der produktiven Symptomatik kommt der Negativsymptomatik der Schizophrenie große Bedeutung zu. Besonders bewährt hat sich in diesem Zusammenhang das „Integrierte psychologische Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten“ (IPT), dessen allgemeine Wirksamkeit durch metaanalytische Auswertungen empirisch abgesichert ist (Roder, Brenner & Kienzle, 2008). Das IPT besteht aus fünf hierarchisch angeordneten, mehrstufigen Unterprogrammen und kombiniert die Therapie verschiedener neurokognitiver und sozialkognitiver Funktionen mit der Förderung sozialer Fertigkeiten (Roder et al., 2008). Bei den Patienten sollen durch die Durchführung des IPT die kognitive Differenzierung, soziale Wahrnehmung, verbale Kommunikation, soziale Fertigkeiten und ein interpersonelles Problemlösen in jeweils zunehmendem Komplexitätsgrad gefördert werden (Volbert & Steller, 2008). In der JA Asten findet das IPT besonders bei chronischen Verläufen schizophrener Erkrankungen Anwendung.

Das hierorts ebenfalls von Ergotherapeuten angewandte Metakognitive Training (MKT) für Psychosen basiert ähnlich wie das IPT auf den theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie. Im Rahmen mehrerer Module werden den teilnehmenden Patienten Denkverzerrungen und einseitige Problemlösestile spielerisch vor Augen geführt. Die Teilnehmer werden angeleitet ihr bisheriges Problemlöseverhalten kritisch

zu reflektieren, zu verändern und die Inhalte des Trainings im Alltag umzusetzen (Moritz et al., 2017).

Zur Optimierung der Behandlung von Schizophrenien werden darüber hinaus auch Psychoedukationsgruppen angeboten. Durch bereitgestellte Informationen über die psychische Störung sollen die Untergebrachten nicht nur ein tiefer greifendes Verständnis erlangen, sondern zu Experten ihrer eigenen Erkrankung werden, um einen leichteren Umgang mit dieser im Alltag zu erzielen. In Bezug auf die Rückfallgefahr werden spezielle forensische Therapie- und Rückfallpräventionsansätze angewendet, bei welchen delikt- bzw. gefährlichkeitsrelevante Themen wie handlungsweisende schizophrene Symptome, Aggressionspotentiale, Abhängigkeiten und Zwänge Beachtung finden (Kitzberger et al., 2012).

Als langfristiges Ziel bei der Behandlung von Psychosen im Maßnahmenvollzug wird die dauerhafte Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes angesehen. Letzten Endes ist es in vielen Fällen, vor allem mit chronischen Verläufen jedoch so, dass die selbstständige Bewältigung alltäglicher Aufgaben, wie etwa der Körperhygiene, schon als Erfolg gilt, insbesondere bei Untergebrachten mit stark ausgeprägter Negativsymptomatik. Ähnlich verhält es sich auch bei älteren Insassen, deren Bewältigungsmechanismen aufgrund ihres Alters zumeist erheblich reduziert sind, wodurch eine vermehrt pflegerische, psychologische und psychiatrische Betreuung notwendig ist. Da jedoch statistisch gesehen mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit für ein neuerliches Gewaltdelikt abnimmt, stellt dies in weiterer Folge einen gefährlichkeitsprognostisch begünstigenden Faktor dar. Mit zunehmend auftretendem Pflege- und Betreuungsbedarf der alternden Insassen besteht die Möglichkeit, dass Insassen in ein auf forensische Klienten ausgerichtetes Altenheim bzw. eine gerontologisch ausgerichtete Nachsorgeeinrichtung überstellt werden können, sofern dies gefährlichkeitsprognostisch vertretbar ist (Legat, 2009; vgl. Mittendorfer, 2019).

5.2 Komorbidität Substanzmissbrauch

Substanzmissbrauch unter Schizophreniepopulationen tritt in 40-50% der Fälle auf (Reininghaus, Schmidt & Hofmann, 2006), welcher wiederum die Wahrscheinlichkeit für aggressives und gewalttätiges Verhalten erhöht (Hodgins & Klein, 2017; Müller et al., 2017). In Bezug auf eine komorbide Substanzmissbrauchsdiagnose bei Schizophreniepatienten konnte eine umfassende Meta-Analyse von Hunt et al. (2018) eine Prävalenz von 42% feststellen. Im Rahmen der qualitativen Auswertung der Akten in der JA Asten (siehe oben) konnte bei 72 von 106 Untergebrachten eine Substanzproblematik vor oder während des Anlassdelikts ausgemacht werden, was einer Prävalenz von 67,9% entspricht. Eine psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (F1-Diagnose nach ICD-10) liegt gemäß den Einweisungsgutachten in den Maßnahmenvollzug wie schon beschrieben bei 42,5% der Stichprobe vor. Für die häufig diagnostizierte Dualdiagnose Schizophrenie und Abhängigkeit wurden verschiedene Erklärungsmodelle postuliert. Modelle der sekundären Suchtentwicklung

(Selbstmedikationsmodell, Affektregulationsmodell, Supersensitivitätsmodell und die Social-Drift-Hypothese) sehen Substanzmissbrauch als Folge der Schizophrenieerkrankung, das Modell der Psychoseinduktion beschreibt die Schizophrenieerkrankung als Folge des Substanzmissbrauchs und die neurobiologische Hypothese suggeriert eine biologische Vulnerabilität gegenüber Abhängigkeitserkrankungen bei Schizophrenen (vgl. hierzu Reininghaus, Schmidt & Hofmann, 2006).

Bonta und Andrews (2017) benennen Substanzprobleme als einen delinquenzbegünstigenden Faktor. Eine komorbide Substanzproblematik stellt insbesondere bei Schizophreniepatienten einen zusätzlichen Risikofaktor dafür dar, gewalttätig zu werden (Fazel et al., 2009; Schiffer et al., 2010; Müller et al., 2017). Zudem kommt es bei Dualdiagnosepatienten zu höheren Rückfallquoten (ebd.). Als Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten und Rückfälligkeit gilt der Behandlung der Substanzproblematik den *RNR*-Prinzipien folgend besondere therapeutische Beachtung.

Die Behandlung von Schizophrenen mit komorbider Substanzproblematik kann für die Behandler herausfordernd sein (z.B. Szerman, 2020), weshalb multimodale Interventionen gefordert sind. Gemäß aktuellen Richtlinien umfasst der State-of-the-Art-Behandlungsansatz bei Dualdiagnosepatienten die Gabe von Antipsychotika der zweiten Generation bzw. atypischen Neuroleptika in Kombination mit psychosozialen Interventionen auf das Suchtverhalten zielend (Crockford & Addington, 2017; Hasan et al., 2015). Innerhalb der JA Asten wird die Substanzproblematik mithilfe von Einzelpsychotherapie, ggf. Substitutionsbehandlungen bei individueller Indikationsstellung und spezieller psychotherapeutischer Suchtgruppen behandelt (vgl. Kitzberger, 2018).

In diesen Suchtgruppen wird die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie um psychoedukative Aspekte die Substanzproblematik betreffend erweitert. Bei den Gruppen handelt es sich um ein Behandlungsangebot speziell für Patienten mit strukturellen Störungen. Diese weisen Störungen der inneren Repräsentanzen des Selbst, der Objekte und der Selbst-Objekt-Beziehungen mit deutlichen Auswirkungen auf die manifesten interpersonellen Beziehungen und den Umgang mit sich selbst auf (Ott, 2001). Diese Kriterien treffen uneingeschränkt auch auf Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu, speziell wenn komorbid problematische Persönlichkeitsakzentuierungen (dissoziale, narzisstische, emotional-instabile) vorliegen. Jede Einheit setzt sich mit einem konkreten Thema auseinander. Von Therapeuten werden zur Aktivierung der Gruppe Anfangsimpulse gesetzt, die die Teilnehmer zur Auseinandersetzung mit der eigenen Drogenvergangenheit animieren sollen. Besonders wichtig ist das Eingehen auf die Gruppendynamik, hierfür ist es notwendig ein möglichst offenes und wertfreies Gesprächsklima zu schaffen. Im Fokus der angebotenen Behandlung steht das Erreichen einer Problemeinsicht und Verhaltensänderung (vgl. Transtheoretisches Modell der Veränderung; Prochaska & DiClemente, 1985). Die in der JA Asten angebotene Suchtgruppe dient in der Regel als Vorbereitung für eine ambulante oder stationäre Suchttherapie außerhalb der JA.

Darüber hinaus werden bei schwerem Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeitsdiagnosen, wenn diese ursächlich im Zusammenhang mit der Deliktentstehung gesehen werden, zumindest sechs Monate dauernde, stationäre Drogentherapien in Erwägung gezogen. Wenn die Gefährlichkeitseinschätzung eine entsprechende freiheitsbezogene Lockerung zulässt, kann eine solche extramurale stationäre Behandlung im Rahmen der UdÜ gemäß § 166 Abs 2 öStVG in die Wege geleitet werden.

Die Problemeinsicht betreffend konnte im Rahmen einer Untersuchung bei zurechnungsunfähigen Untergebrachten in der JA Asten ein relativ stark ausgeprägtes Problembewusstsein bezüglich der Substanzproblematik festgestellt werden (Fritz, 2019). Zur Förderung und Einhaltung von Abstinenz setzt man auf das soziale Netz und die Rückmeldung der Betroffenen untereinander, was durch den offenen Wohngruppenvollzug und die Behandlung im Gruppensetting entsteht (Bonta & Andrews, 2017, S. 157). Die nachgewiesene Wirksamkeit dieser Behandlungsprogramme legt nahe, dass eine Problem- bzw. Krankheitseinsicht bezüglich des Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit psychotroper Substanzen relativ gut zu erreichen ist.

5.3 Komorbidität dissoziale Persönlichkeitsstörung

Auch in der Klientel der zum Tatzeitpunkt zurechnungsunfähigen Rechtsbrecher sind dissoziale Persönlichkeitszüge, falls vorhanden, hinsichtlich weiterer Gefährlichkeit hoch relevant. Um in der Behandlung von Klienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung Erfolge erzielen zu können, sind insbesondere eine individuelle Behandlungsplanung und klare Zielsetzungen bedeutend. Die Behandlung gestaltet sich oft insofern als schwierig, da diese durch eine unrealistische Anspruchshaltung, mangelnde Impulskontrolle, niedrige Frustrationstoleranz und manipulative Verhaltensweisen regelmäßig in Konfliktsituationen mit dem Personal oder Mitklienten geraten. Dadurch sind Ordnungswidrigkeiten und daraus resultierende amtliche Meldungen keine Seltenheit (vgl. Zechmeister, 2020). Ein effektives Risikomanagement zur Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung in der JA ist daher unumgänglich, um gewährleisten zu können, dass niemand durch das Handeln einer Person bedroht oder körperlich verletzt wird. Um eine dauerhafte Einsicht in die Störung und eine entsprechende Verhaltensänderung im Sinne des Transtheoretischen Modells (Prochaska & Velicer, 1997; Wong et al., 2012) zu erlangen und aufrechtzuerhalten, wird von den multiprofessionellen Fallteams gemeinsam mit den Klienten eine individuelle Behandlungsvereinbarung im Sinne eines dynamischen Stufenmodells erstellt (Kitzberger et al., 2012, 2015). Diese stellt nicht nur eine störungs- und deliktorientierte, an den Klienten angepasste Behandlung sicher, sondern trägt auch zur Erarbeitung einer Tagesstruktur und zur Aufrechterhaltung der Motivation bei. Wesentlich ist dabei das klinisch-psychologische Case-Management. In klinisch-psychologischen Einzelgesprächen steht dabei eine Intensivierung der Behandlung sowie eine Verstärkung und Förderung der Motivation im Fokus. Die Klienten sollen durch die auf sie zugeschnittene Behandlung zu Experten ihrer Störung und des deliktrelevanten Verhaltens wer-

den. In der Behandlung von dissozialen Verhaltens- und Denkmustern wird der therapeutischen Beziehungsgestaltung hierorts auch deshalb eine große Bedeutung zugemessen, zumal Therapieoptimismus seitens der Therapeuten sich positiv auf den Behandlungserfolg auswirkt (vgl. Fiedler, 2018). Auch Borchard und Kollegen (2012) machen Optimismus, Zuversicht und den Glauben an die Wirksamkeit der Behandlung als signifikante Erfolgsfaktoren in der Forensik geltend.

Als äußerst herausfordernd wird bei der Umsetzung der erstellten individuellen Behandlungspläne der Klienten mit einer komorbiden dissozialen Persönlichkeitsstörung das Erarbeiten der Kooperationsbereitschaft und Paktfähigkeit angesehen. Diese und im weiteren Sinne eine Delikt- und Krankheitseinsicht sowie Compliance bezüglich der verordneten Medikation gilt es den Klienten bewusst zu machen. Im besten Falle kann eine therapeutische Beziehung bei guter Kommunikation gemäß dem Informed-Consent-Konzept und der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making-Modell) erfolgen, sodass das Selbstbestimmungsrecht der Patienten auch im forensischen Kontext bestmögliche Berücksichtigung erfährt (Noack, 2007).

Nach heutigem Erkenntnisstand sind psychotherapeutische und rehabilitative Maßnahmen zur Behandlung von dissozialen Persönlichkeitsakzentuierungen und der dissozialen Persönlichkeitsstörungen allem voran verhaltenstherapeutisch durchzuführen (Fiedler & Herpertz, 2016; Fiedler, 2018). Bislang hat sich in der JA Asten die Doppelgleisigkeit eines stufenweisen, mittel- und langfristigen sowie risikoorientierten Behandlungsplans durch das jeweilige Fallteam in Kombination mit Behandlungsvereinbarungen, die auf kurzfristige realistische Ziele ausgerichtet sind, bewährt. Die Klienten erhalten so durch das aktive Mitwirken ein Gefühl von Autonomie und können durch das erfolgreiche Erfüllen einer Behandlungsvereinbarung persönlich angestrebte Vergünstigungen (z.B. Selbstankauf eines TV-Gerätes) sowie in Planung stehende freiheitsbezogene Lockerungen erlangen. Solche Verstärker können ein schrittweises Fortkommen in der Unterbringung unterstützen (Fiedler, 2018; Kitzberger et al., 2012). Wie die Erfahrung zeigt, fördert ein respektvoller Umgang mit den Klienten, der durch ein professionelles Nähe-Distanz-Verhältnis geprägt ist, die Zusammenarbeit der Klienten mit dem Behandlungsteam.

5.4 Spezialfall Behandlung von Intelligenzminderung

Auch wenn es sich bei der Klientengruppe mit Intelligenzminderung im Vergleich zur Gesamtanzahl an Unterbrachten in der JA Asten um eine Minorität handelt, stellt diese Gruppe im klinischen Bereich eine besondere Herausforderung dar. 26,4% (n=24 von N=91) der in diesem Bereich Unterbrachten weisen laut Einweisungsgutachten eine Intelligenzminderung auf. Die Ursachen und Komorbiditäten bezüglich der vorkommenden leichten und mittelgradigen Intelligenzminderung sind vielfältig (Organisches Psychosyndrom, tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie autistische Störungsbilder, Erkrankungen aus dem Schizophrenen Formenkreis, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen). Die gravierende Problematik dieser Unter-

gebracht ist vor allem aufgrund der sehr speziellen Bedürfnisse und der oftmals vorhandenen intramuralen Gefährlichkeit gegen das Personal wie auch gegen andere Untergebrachte besonders zu berücksichtigen.

Bei der Behandlung von Intelligenzgeminderten sind multimodale Behandlungsmaßnahmen, einschließlich heilpädagogischer Ansätze, geeignet. Ein gut strukturierter Tagesablauf wirkt deliktpräventiv. Das besondere Schutzbedürfnis dieser Patientengruppe ist hierorts in einem darauf abgestimmten Behandlungsmilieu berücksichtigt (vgl. Seifert, 2015). In der JA Asten wurde insofern eine Spezialisierung vollzogen, als dass eine Wohngruppe für elf Personen mit heilpädagogischem Schwerpunkt geschaffen wurde, in welcher intelligenzgeminderte Insassen gemeinsam mit chronisch-produktiven Schizophrenen unter reizärmeren Bedingungen angehalten werden. Die Sonder- und Heilpädagogen der JA Asten nehmen im multiprofessionell agierenden Behandlungsteam für diese Klientengruppe eine spezielle richtliniengebende Rolle ein, insbesondere in Bezug auf Aktivitäten des täglichen Lebens und die Tagesstruktur. Die spezielle Wohnform für Intelligenzgeminderte bietet beinahe ausschließlich Einzelzimmerunterbringung und verfügt zudem über einen eigenen direkt begehbaren Garten mit großzügigen Öffnungszeiten. Neben einer intensiveren betreuenden Präsenz in dieser Wohngruppe wurden eigene Behandlungsmodule entwickelt, welche direkt vor Ort angeboten werden, sodass insgesamt ein höheres Ausmaß an pädagogischer und sozialer Interaktion gewährleistet werden kann. Darüber hinaus wird auch auf das gesamte Spektrum des Behandlungsangebots der Anstalt zurückgegriffen (z.B. tiergestützte Therapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, individuelle Beschäftigungs- und Arbeitstherapie).

In Anlehnung an Pilz et al. (2017) wurde die Behandlung der intelligenzgeminderten Straftäter im Hinblick auf die kognitiven Möglichkeiten sorgfältig adjustiert:

- Klare, repetitive Strukturen
- Kurz gefasste, konkrete und kleinschrittige Therapieziele
- Gezielter Einsatz von Verstärkerplänen
- Reduktion der Sitzungsdauer bei längerfristig angelegten Interventionen
- Viele Übungen und Wiederholungen
- Bezug der Inhalte auf die Lebenswirklichkeit der Patienten
- Gemeinsames Erarbeiten und Nutzen von konkreten Symbolen für abstrakte Inhalte
- Geringere Bedeutung von schriftlichen Aufgaben
- Bildliche Darstellung von Sachverhalten
- In Gruppen aktive Rolle der Leiter
- Gezielte Erläuterungen und Vorgaben im therapeutischen Prozess
- Erwachsenenbildung (Sexualität, Hygiene, Gesundheit etc.)
- Berücksichtigung der Möglichkeiten des Gegenübers in der Kommunikation

- Beachtung von Sinnes- und Motorikeinschränkungen

Diese Behandlungsgrundsätze bestimmen das therapeutische Milieu der Wohngruppe für Intelligenzgeminderte und finden analog in der gesamten Anstalt in der Behandlung kognitiv beeinträchtigter Insassen Anwendung. Ebenso werden für alle Insassen mit kognitiven Defiziten spezielle Gruppen- und Einzelangebote, wie beispielsweise kognitives Training, Entspannungstraining, Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Spielegruppe, Back- und Kochgruppen, und Sozialtrainings angeboten. Als zusätzliches externes Angebot zur Erwachsenenbildung werden regelmäßig sexualpädagogische Gespräche durch einen speziell in diesem Fachgebiet tätigen Verein durchgeführt.

6 Weitere spezielle Therapieangebote

Über die bereits genannten störungsspezifischen Angebote hinaus werden in der Regel folgende therapeutischen Maßnahmen durchgeführt:

Eine wichtige Intervention stellt die psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting dar. Um eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Behandlung bei Unterbrachten mit einer Schizophrenie zu gewährleisten, ist ein intensiver fachlicher Austausch des jeweiligen Fallteams mit den externen Psychotherapeuten notwendig. Hierbei ist besonders auf die Reflexion schwieriger Interaktionssituationen, systematische Planung des Vorgehens im Behandlungsteam und auf Zeiten für die Bewältigung belastender Erfahrungen einzugehen (vgl. DGPPN, 2019). Darüber hinaus wird die spezifische Therapieindikation aus den fallbezogenen gefährlichkeitsrelevanten Risikofaktoren expliziert.

Da es sich bei der kognitiven Verhaltenstherapie um eine als wirksam erwiesene psychotherapeutische Methode zur Behandlung der Schizophrenie handelt, ist der Schwerpunkt psychotherapeutischer Interventionen in der JA Asten verhaltenstherapeutisch orientiert, u.a. finden speziell darauf aufbauende schematherapeutische Ansätze (Young, Klosko und Weishaar, 2008) Anwendung. Bei der Schematherapie handelt es sich um eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), die insbesondere zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und anderen chronischen psychischen Störungen eingesetzt wird. Sie zeichnet sich durch eine Integration kognitiver, emotionaler und behavioraler Methoden aus verschiedenen Therapierichtungen aus und legt einen Schwerpunkt auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Neben den verhaltenstherapeutischen Ansätzen finden auch andere psychotherapeutische Behandlungsmethoden ihre Anwendung, wobei der Fokus jeweils auf die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung gelegt wird. Entsprechend der S3 Leitlinien für Schizophrenie der DGPPN (2019) ist dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot zu stellen. Im Vordergrund der Psychotherapie im

Einzelsetting steht die „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer. Besonders zu betonen ist die Notwendigkeit bei anderen Therapierichtungen, stützende Elemente in der Behandlung schizophrener Patienten hinzuzufügen und diese erst in einem stabilen Remissionsstadium einzusetzen (Sachs, 2008). Auf Basis dieses, auf die schizophrene Grunderkrankung abgestimmten, einzelpsychotherapeutischen Settings, gilt es eine Veränderung hinsichtlich der vorhandenen Risikofaktoren zu erreichen.

Als deliktspezifische Intervention wird in der JA Asten Psychotherapie im Gruppensetting in Form einer Deliktgruppe angeboten. Im Sinne des *Need-Prinzips* werden Deliktgruppen in erster Linie bei schweren Gewalttaten angewandt. Voraussetzung für die Teilnahme ist ein deutlicher Rückgang der produktiven Symptomatik und ein gutes kognitives Funktionsniveau mit der Fähigkeit zur Selbstreflexion. Rahmen und Struktur der Gruppe ergeben sich aus dem Manual *Men who are violent to women* (Morran & Wilson, 1997). Obwohl es sich hierbei um ein Manual handelt, welches zur Behandlung häuslicher Gewalt konzipiert wurde, beinhaltet es, erweitert um den Deliktfokus, die wichtigsten Komponenten der Verantwortungsübernahme, Kommunikation, des Anger Managements und der Biografiearbeit. Um den Zwangskontext im Rahmen der psychotherapeutischen Deliktgruppe zu kompensieren, wird das Triangulationsmodell von Conen und Cecchin (2003) durchgeführt.

Vom Behandlungsansatz niederschwelliger konzipiert als die Deliktgruppe, finden in der JA Asten auch regelmäßig Anti-Gewalt-Trainings durch eine weitere externe Kooperation mit Experten der Bewährungshilfe statt. Hierbei handelt es sich im Grunde um ein soziales Kompetenztraining mit dem Schwerpunkt Anti-Gewalt-Training und Konfliktmanagement. In dieser Form des sozialen Lernens in Gruppen finden unterschiedliche Methoden Anwendung. Bei der themenzentrierten Interaktion (Cohn & Matzdorf, 1992) handelt es sich von der Methode her um eine pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit. Darüber hinaus haben sich Körperübungen zur Steigerung der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie unterschiedliche kreative Methoden zur Verfestigung der Lerninhalte bewährt. Im Vordergrund steht das Erkennen von eigenen Konflikten und jene von anderen Personen, die Erarbeitung von Kritikfähigkeit und Konfliktlösungsstrategien sowie von alternativen konstruktiven Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Handlungsmustern. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Delikt und die daraus resultierende Erarbeitung eines Krisenplans, um künftige Gewalttaten zu vermeiden (persönliche Deeskalationsstrategien), sind die Ziele des Anti-Gewalt-Trainings.

Im Maßnahmenvollzug in Österreich wird weiters das Behandlungsprogramm *Reasoning & Rehabilitation* durchgeführt. Es handelt sich hierbei um ein international verbreitetes Straftäterbehandlungsprogramm, welches auf Grundlage mehrerer Studien von Dr. Robert R. Ross & Fabiano (1985, 1986, 2000) entwickelt wurde und in seiner Wirkung als bestätigt gilt. Das R&R-Programm richtet sich an alle möglichen Typen von Straftätern, eben auch an psychisch gestörte Straftäter. R&R vermittelt kognitive

und emotionale Fertigkeiten und Werte, Selbstkontrolltraining, Problemlösestrategien, Strategien zur emotionalen Kontrolle, Strategien zur Konfliktbewältigung und Verhandlung, konsequenzorientiertes Denken, das Erwägen von Alternativen und das Einnehmen einer sozialen Perspektive und Werte. In der JA Asten hat sich das Reasoning & Rehabilitation Programm als sinnvolle Ergänzung zu den beiden vorangegangenen Gruppenangeboten (Deliktgruppe, AGT) bewährt, da es sich weniger um eine Therapie handelt als vielmehr um ein Training von Fertigkeiten und deswegen speziell für Insassen geeignet ist, welche sich nicht mit ihren individuellen Problemen auseinandersetzen wollen oder können (vgl. Schmidtbauer, Kirste, Eucker & Bauer, 2012).

Für therapeutisch schwer erreichbare Insassengruppen (z.B. chronisch verlaufende Schizophrenie, Intelligenzminderung, mangelnde Deutschkenntnisse) werden noch Therapieformen angeboten, in denen der verbale Aspekt weniger Bedeutung hat. Laut DGPPN (2019) soll Musiktherapie Menschen mit einer Schizophrenie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden. In der JA Asten werden sowohl gruppen- als auch einzeltherapeutische Settings durchgeführt. Besonders im Einzelsetting kann man auf die besonderen Bedürfnisse dieser Insassengruppen eingehen und sprachfreier therapeutisch arbeiten.

In einem in der JA Asten durchgeführten Forschungsprojekt (Lackner, 2017) und der daraus erstellten Masterthesis ergab sich, dass Musiktherapie positive Effekte in Bezug auf autonomes Handeln und das Treffen selbstständiger Entscheidungen erzielen kann. Durch ein musiktherapeutisches Setting kann ein sicherer Rahmen für das Einlassen auf neue Situationen geboten und somit neue Erfahrungen ermöglicht werden. Dies bietet in weiterer Folge die Möglichkeit zur Stärkung des Selbstbildes, hat einen entspannenden Effekt zur Folge und dient der Anregung von sinnstiftender Tätigkeit.

Der Einsatz von Tieren zur Resozialisierung von Straftätern wurde von Förster (2015) als wesentliches Element beschrieben. In der JA Asten wird seit längerem eine Hundetherapie (mit staatlich zertifizierten Therapiehunden) angeboten. Der Hund dient dazu, Kontakt zu Klienten herzustellen und einen ersten Beziehungsaufbau zu ermöglichen. Durch den hohen Aufforderungscharakter des Hundes fällt es vielen Untergebrachten leichter mit den anderen Gruppenmitgliedern in Beziehung zu treten. Der Hund hat die Funktion, Klienten durch verschiedene Interaktionen zum Arbeiten zu motivieren. Eigene Wünsche, Strebungen und Schwierigkeiten lassen sich mit Hilfe des Hundes besser ausleben und bewältigen. Durch die ständige, und als authentisch zu interpretierende, Körpersprache des Hundes unterstützt dieser das Lernen am Modell (Bandura, 1979, 1986). Soziale Aspekte, vorrangig der achtungsvolle und wertschätzende Umgang miteinander sowie die Fähigkeit, sich selbst wertzuschätzen, sind demnach als Ziele dieser tiergestützten Intervention zu betrachten.

7 Fazit

Die dem RNR-Prinzip folgende risikoorientierte Behandlung, das adaptive Risikomanagement bei freiheitsbezogenen Lockerungen und Probewohnen, das Schnittstellen- und Entlassungsmanagement in die Nachsorgeinstitutionen und entsprechende sorgsam abgewogene und dem Gericht im Falle einer bedingten Entlassung angeratene flankierende Maßnahmen (Weisungen und die Anordnung von Bewährungshilfe, je nach Fall) sind wohl am besten daran zu messen, dass die Wiederkehrer-Raten in den Maßnahmenvollzug über die Jahre stark gesunken ist und die letzten Jahre stagniert (Stempkowski, 2020; Fuchs, 2019). „Somit kann gesagt werden, dass Verbesserungen bei der Behandlung und Betreuung einerseits und bei der Selektion [der Entlassungsbereiten versus der weiter Anzuhaltenden; Anm.d.V.] andererseits zu dem beobachtbaren Absinken der Wiederkehrer-Rate beigetragen haben.“ (Stempkowski, 2020, S. 198).

Die JA Asten zeichnet sich seit ihrem Bestehen (von 02/2010 bis 12/2018 *Forensisches Zentrum Asten*) 2010 gemäß den jährlichen Monitoringberichten des Bundesministeriums für Justiz für alle Maßnahmenvollzugsinstitutionen in Österreich durch *überdurchschnittlich hohe Entlassungsraten (Output) im Österreichschnitt* aus, wie die Zahlen darlegen. In den acht Jahren seit Bestehen des *Forensischen Zentrums Asten/JA Asten* wurden dort 20,2% (222 Personen) aller bedingt entlassenen Untergebrachten gemäß § 21 Abs 1 StGB (1111 Personen) der letzten 19 Jahre (2000-2018) entlassen (Fuchs, 2019). Es zeigt sich hier sehr gut, dass *das Konzept Forensischer Zentren* als Neuorientierung im Maßnahmenvollzug funktioniert und sich gut etabliert hat (vergl. Kitzberger, 2015).

Wichtig zu erwähnen ist, dass die Steigerung der Zahl an bedingten Entlassungen (höherer Output) *nicht* zu einer Steigerung der Wiederkehrer-Rate führt, wie Fuchs (2019) betont, und angibt, dass *tendenziell eher das Gegenteil* der Fall ist, nämlich dass *die Effektivität des Maßnahmenvollzugs kontinuierlich ansteigt* (das Verhältnis von Output und Wiederkehrer-Rate findet im sogenannten Effektivitätsindex des Maßnahmenvollzugs seinen Ausdruck) (Fuchs, 2019).

Bei der Entwicklung des Effektivitätsindexes scheint gemäß Fuchs (2019) nunmehr ein Grad erreicht, der eine weitere Steigerung nicht mehr zulässt; er spricht vom „*Deckeneffekt*“, von Stagnation (S. 30). Der limitierende Faktor dürfte seiner Interpretation und seinen Berechnungen nach vor allem in der Wiederkehrer-Rate liegen, welche sich wohl unter ein bestimmtes Maß hinaus nicht mehr senken lässt.

Zur sogenannten *Wiederkehrer-Rate*, die für sämtliche von 01/2000 bis einschließlich 12/2018 entlassenen Untergebrachten mit Stichtag 1. Jänner 2019 13,5% betrug, ist zu sagen, dass sich darunter 36,4% befinden, die wegen einem *Widerruf der bedingten Entlassung* aus der Maßnahme zurückkehren, weil sie gegen Auflagen verstoßen haben und *nicht wegen einem neuerlichen Delikt*. Eine neuerliche Unterbringung gemäß § 21 Abs 1 StGB erfolgte zu 50%. Die restlichen ca. 14% verteilen sich auf eine Haftstrafe und eine Einweisung als zurechnungsfähige psychisch kranke Rechtsbrecher

als Folge eines neuerlichen Delikts. So gesehen liegt die *Wiederkehrer-Rate in den Straf- oder Maßnahmenvollzug von bedingt entlassenen Untergebrachten gemäß § 21 Abs 1 StGB in Folge eines erneuten Delikts bei 8,6%*.

8 Literatur

- Andrews, D. A. & Dowden, C. (2007). The risk-need-responsivity model of assessment and human service in prevention and corrections: Crime-prevention jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 49(4), 439-464.
- Bandura, A. (1979). The social learning perspective: Mechanisms of aggression. In: H. Toch (Ed.), *Psychology of crime and criminal justice* (pp. 198–236). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bonta, J. & Andrews, D. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (6th ed.). London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Borchard, B., Habermann, N., Stürm, M. & Urbaniok, F. (2012). Anforderungen an Behandlungsteams und Klienten in der stationären Behandlung psychisch gestörter Straftäter. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 163(1), 19-28.
- BMI (2021). *Polizeiliche Kriminalstatistik*. Wien: Bundesministerium für Inneres verfügbar unter: <https://bundeskriminalamt.at/501/>
- BMI (2020). *Sicherheitsbericht 2019*. Wien: Bundesministerium für Inneres, verfügbar unter: <https://www.bmi.gv.at/508/start.aspx>
- BMJ (2021). *Statistische Auswertung Maßnahmenvollzug § 21 Abs 1 StGB*. Wien: Bundesministerium für Justiz.
- Browne, J., Nagendra, A., Kurtz, M., Berry, K. & Penn, D. L. (2019). The relationship between the therapeutic alliance and client variables in individual treatment for schizophrenia spectrum disorders and early psychosis: Narrative review. *Clinical Psychology Review*, 71, 51-62.
- Cohn, R. C. & Matzdorf, P. (1992). Das Konzept der Themenzentrierten Interaktion. In: C. Löhmer & R. Standhardt (Hrsg.), *TZI – Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach Ruth C. Cohn* (S. 39-92). Stuttgart: Verlag Klett-Cotta.
- Conen, M.-L. & Cecchin, G. (2003). *Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Crockford, D. & Addington, D. (2017). Canadian schizophrenia guidelines: Schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62, 624-634.
- DGPPN e.V. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie – Kurzfassung*, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>

- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D. & Belfrage, H. (2014). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 V3. Deutsche Version*. Gießen: Institut für forensische Psychiatrie Haina e.V.
- Drexler, K. & Weger T. (2018). *Strafvollzugsgesetz StVG* (4. Aufl.). Wien: Manz.
- Engel, F. & Kitzberger, M. (2018). Forensische Nachbetreuung in Österreich: Geschichte und Praxis. *Journal für Strafrecht*, 5(5), 396-403.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 6(8).
- Fiedler, P. (2018). Multimodale Psychotherapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung: Aktuelle Konzepte in der Straftäterbehandlung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12(3), 229-237.
- Fiedler, P. & Herpertz, S. C. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Förster, A. (2015). *Tiere als Therapie – Mythos oder Wahrheit? Zur Phänomenologie einer heilenden Beziehung mit dem Schwerpunkt Mensch und Pferd*. Stuttgart: ibidem-Verlag.
- von Franqué, F. (2013). Strukturierte, professionelle Risikobeurteilungen. In: M. Rettenberger & F. von Franqué (Hrsg.), *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren* (1. Aufl.) (S. 357-380). Göttingen: Hogrefe.
- Fritz, A. (2019). *Selbst- und Fremdeinschätzung der Central Eight nach Bonta und Andrews bei Untergebrachten gemäß § 21 Abs. 1 StGB* (Masterarbeit). Psychologie, Sigmund Freud Privatuniversität, Wien.
- Fuchs, S. (2019). Monitoring des Maßnahmenvollzuges an geistig abnormen Rechtsbrechern gemäß § 21 Abs. 1 StGB – Bericht für das Jahr 2018. Wien: BMVRDJ.
- Hare, R. D. (2003). *PCL-R Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto: Multi Health Systems.
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W.F., Thibaut, F. & Möller, H.J. (2015). WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: update 2015 Management of special circumstances: depression, suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry*, 16, 142–70.
- Hunt, G.E., Large, M.M., Cleary, M., Lai, H.M.X. & Saunders, J.B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 234-258.
- Hodgins, S. & Klein, S. (2017). New clinically relevant findings about violence by people with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(2), 86-93.
- Hodgins, S. & Müller-Isberner, R. (2014). Schizophrenie und Gewalt. *Der Nervenarzt*, 85, 273-278.
- Höfer, F. X. E., Habermeyer, E., Mokros, A., Lau, S., & Gairing, S. K. (2015). The impact of legal coercion on the therapeutic relationship in adult schizophrenia patients. *PLoS ONE*, 10(4), 1-11.

- Jablonek, C. (2019). *Wahrnehmungsbericht des Bundesministers für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Befund, Maßnahmen für eine moderne und qualitätsvolle Justiz*. Wien: BMVRDJ.
- Kasper S., Psota G., Erfurth A., Geretsegger C., Haring C., Hausmann A., Hofer A., Kapfhammer H.P., Kastner A., Lehofer M., Marksteiner J., Naderi-Heiden A., Oberlerchner H., Pratschak-Rieder N., Sachs G.M., Stetter R. & Walter E. (2014). Depot-Antipsychotika/Neuroleptika. Konsensus Statement – State of the art 2014. *CliniCum neuropsychiatrie Sonderausgabe*.
- Kitzberger M. (2011). Das Forensische Zentrum Asten – Österreichs 2. Justizanstalt für psychisch kranke Rechtsbrecher nach § 21 Abs 1 StGB. *Forum Strafvollzug*, 3, 190-191.
- Kitzberger, M. (2015). Die Neuausrichtung des Maßnahmenvollzugs gemäß § 21 Abs 1 StGB in Österreich. *Justiz Newsletter*, 12(23), 6-14.
- Kitzberger, M. (2017). Maßnahmenvollzug neu? In: ÖJK (Hrsg.), *Freiheitsentzug und Menschenrechte. Kritik und Fortschritt im Rechtsstaat* (S.181-183). Wien: Linde Verlag.
- Kitzberger, M. (2018). Behandlung und Therapie psychisch kranker RechtsbrecherInnen in Österreich. *Wege aus der Sucht*, 106, 6-7.
- Kitzberger, M., Engel, F. & Nosko, H. (2014). Risikoorientiert und maßgeschneidert? Trends im österreichischen Maßnahmenvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 32(1), 4-11.
- Kitzberger, M., Engel, F. & Nosko, H. (2015). Risikoorientiert und maßgeschneidert – Trends im österreichischen Maßnahmenvollzug. In: J. L. Müller, P. Briken, M. Rösler & R. Eher (Hrsg.), *Empirische Forschung in der forensischen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie Jahrbuch 2015* (S. 105-122). Berlin: MWV.
- Kitzberger, M., Giritzer, T. & Aigner-Reisinger, L. (2012). Komorbidität, Persönlichkeitsstörungen: Die Behandlung geistig abnormer zurechnungsunfähiger Rechtsbrecher im Forensischen Zentrum Asten. In: J. Klopff & A. Holzbauer (Hrsg.), *Zum österreichischen Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs 2 StGB – Forschung, Positionen und Dokumente* (S. 111-122). Wien: NWV Verlag.
- Kröber, H.-L. (2016). Dialog zwischen Macht und Unterwerfung – Therapieprobleme im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Trauma Gewalt*, 10, 22-32.
- Kröber, H.-L. (2019). Selbstbestimmung und Zwang in der Behandlung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 13(1), 1-3.
- Lackner, D. (2017). *Musiktherapie mit geistig abnormen Rechtsbrechern – eine qualitativ – empirische Studie im österreichischen Maßnahmenvollzug* (Masterarbeit). Musiktherapie, IMC Fachhochschule, Kramsach.
- Lau, S. (2017). Herausforderungen in der Behandlung schizophrener Rechtsbrecher. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 11(1), 39-45.
- Legat, M. (2009). *Ältere Menschen und Sterbenskranke im Strafvollzug. Eine rechtsstaatliche Analyse des Vollzugsalltags von Gefangenen mit besonderem Pflegebedarf*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Meyer, M., Hachtel, H. & Graf, M. (2019). Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung bei forensisch-psychiatrischen Patienten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 13(4), 362-370.

- Mittendorfer, E. (2019). *Altern und Sterben im Straf- und Maßnahmenvollzug* (Masterarbeit). Psychologie, Sigmund Freud Privatuniversität, Wien.
- Moritz, S., Krieger, E., Bohn, F. & Veckenstedt, R. (2017). *MKT+: Individualisiertes metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose (2. Aufl.)*. Heidelberg: Springer.
- Müller, J. L. et al. (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Nervenarzt*, 88(1), 1-29.
- Murray, J. & Thomson, M. (2010). Clinical judgement in violence risk assessment. *Europe's Journal of Psychology*, 6(1), 128-149.
- Noack, T. (2007). Die Beziehung zwischen Patient und Arzt. In: T. Noack, H. Fangerau, J. Vögele (Hrsg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (S. 27-36). München: Urban & Fischer.
- Ott, J. (2001). Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie – ein Behandlungsangebot für Patienten mit strukturellen Störungen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 2(1), 50-58.
- Pilz, S., Neumann, M. & Eusterschulte B. (2017). Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher. In: Müller-Isberner, R., Eucker, S., Eusterschulte, B. & Born, P. *Praxishandbuch Maßregelvollzug*. 2. Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1985). Towards a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: processes of change* (pp. 3 – 27). New York: Plenum.
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48.
- Reininghaus, B., Schmidt, E. & Hofmann, P. (2006). Dualdiagnose Schizophrenie und Sucht. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2(2), 61-67.
- Rettenberger, M., Gregório Hertz, P. & Eher, R. (2017). Die deutsche Version des Violence Risk Appraisal Guide – Revised (VRAG-R). *BM-Online*, 8, 1-48.
- Roder, V., Brenner, H. D. & Kienzle, N. (2008). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten IPT*. München: Beltz Verlag.
- Ross, R. & Fabiano, E. (1985). *Time to Think: A Cognitive Model of Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation*. Johnson City, Tennessee: Institute of Social Sciences and Arts, Inc.
- Ross, R. R., Fabiano, E. & Ross, R. D. (1986/2000). *Reasoning and Rehabilitation: A Handbook for Teaching Cognitive Skills*. Ottawa: T3 Associates.
- Sachs, G. (2008). Allgemeine und spezifische Psychotherapie bei schizophrenen Störungen. In: H. Rittmannsberger & J. Wancata (Hrsg.), *Österreichischer Schizophreniebericht 2008* (S. 121-133). Wien: BMG.
- Schiffer, B., Müller, B. W., Scherbaum, N., Forsting, M., Wiltfang, J., Leygraf, N. & Gizewski, E. R. (2010). Impulsivity-related brain volume deficits in schizophrenia-addiction comorbidity. *Brain*, 133(10), 1093-3103.
- Schmidtbauer, W., Kirste, A., Eucker, S. & Bauer, P. (2012). *R&R2 Kurzfassung für Erwachsene* (1. Aufl.). Gießen: Institut für forensische Psychiatrie Haina e.V..
- Scholz, J. P. E. (2020). *Der Einflussfaktor Substanzmissbrauch bei Untergebrachten nach §21 Abs. 1 StGB* (Masterarbeit). Psychologie, Sigmund Freud Privatuniversität, Wien.

- Seifert, D. (2015). Begutachtung und Behandlung von Intelligenzgeminderten. In: U. Venzlaff, K. Foerster, H. Dreßing & E. Habermeyer (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (6. Aufl.) (S. 271-290). München: Urban & Fischer.
- Stempkowski, M. (2020): *Erfolgreiche Tertiärprävention bei Rechtsbrechern – Projektbericht*. Wien: Berufsverband Österreichischer PsychologInnen.
- StGB, geltende Fassung. In: Rechtsinformationssystem des Bundes (n.d.). <https://www.ris.bka.gv.at>.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G. & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: The threat/control-override concept reexamined. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 31-44.
- StPO, geltende Fassung. In: Rechtsinformationssystem des Bundes (n.d.). <https://www.ris.bka.gv.at>.
- StVG, geltende Fassung. In: Rechtsinformationssystem des Bundes (n.d.). <https://www.ris.bka.gv.at>.
- Szerman, N., Basurte-Villamor, I., Vega, P., Martinez-Raga, J., Parro-Torres, C., Cambra Almerge, J., ... Arias, F. (2020). Once-Monthly Long-Acting Injectable Aripiprazole for the Treatment of Patients with Schizophrenia and Co-occurring Substance Use Disorders: A Multicentre, Observational Study. *Drugs Real World Outcomes*, 7(1), 75-83.
- Taylor, P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry*, 147, 491-498.
- Tröbinger, B. & Kitzberger, M. (2015). Standardisierte Risikobeurteilung. In Bundesministerium für Justiz (Hrsg.), *StGB 2015 und Maßnahmenvollzug* (S. 185-204). Wien: NWV Verlag.
- Volbert, R. & Steller, M. (2008). *Handbuch der Rechtspsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Vollzugshandbuch für den österreichischen Straf- und Maßnahmenvollzug* (2021). Wien: Bundesministerium für Justiz.
- Wong, S., Gordon, A. & Gu, D. (2012). Diagnostik und Behandlung von gewaltbereiten forensischen Klienten. In: B. Wischka, W. Pecher, H. van der Boogaart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (S. 465-486). Linz: Centaurus.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2008). *Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zechmeister, I. (2020). *Auslöser und Risikofaktoren intramuraler Gefährlichkeit in der Justizanstalt Asten: abgeleitet aus schriftlichen Meldungen von Ordnungswidrigkeiten bei geistig abnormen Rechtsbrechern im Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs. 1 StGB* (Masterarbeit). Psychologie, Leopold Franzens Universität, Innsbruck.