

Carina Löffel & Larissa Jakob

# Soziotherapie im Massnahmenvollzug

Inwiefern eignet sich die Soziotherapie, um zur Zielerreichung des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs beizutragen?

Bachelor-Thesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit  
Dezember 2017



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek  
c/o Berner Fachhochschule BFH  
Soziale Arbeit  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
www.soziothek.ch

Carina Löffel & Larissa Jakob: Soziotherapie im Massnahmenvollzug. Inwiefern eignet sich die Soziotherapie, um zur Zielerreichung des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs beizutragen?

ISBN 978-3-03796-665-5

Schriftenreihe Bachelor-Thesen der Berner Fachhochschule BFH – Soziale Arbeit.

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.



# Soziotherapie im Massnahmenvollzug

---

*Inwiefern eignet sich die Soziotherapie, um zur Zielerreichung des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs beizutragen?*

Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelor-Diploms  
Berner Fachhochschule – Fachbereich Soziale Arbeit

CARINA LÖFFEL & LARISSA JAKOB

# Abstract

Im Schweizer Massnahmenvollzug, in dessen Zentrum die Behandlung psychisch erkrankter und suchtkrankter Straftäter und Straftäterinnen steht, kommen nebst psychotherapeutischen und arbeitsagogischen Massnahmen nicht selten auch soziotherapeutische Interventionen zur Anwendung. Dies, obwohl das Behandlungskonzept der Soziotherapie auf begrifflicher und theoretisch-konzeptioneller Ebene verschiedene Unklarheiten aufweist. Im Rahmen dieser Arbeit wurde – gestützt auf eine historische und theoriebasierte Herleitung des Soziotherapie-Konzepts – untersucht, inwiefern sich diese Behandlungsmethode eignet, um zur Zielerreichung des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs beizutragen.

Anhand eines Literatur-Reviews wurden der Kontext des Schweizer Massnahmenvollzugs, dessen Grundsätze und Ziele sowie die Rolle der Sozialen Arbeit im Straf- und Massnahmenvollzug untersucht. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden sodann mit konzeptionellen Ansätzen der Soziotherapie verglichen. Dabei wurden nicht nur Gemeinsamkeiten, sondern auch Herausforderungen und Anwendungsmöglichkeiten der Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs identifiziert. Demnach verfolgen der Massnahmenvollzug und die Soziotherapie ähnliche Ziele. Beiderseits wird sowohl eine Wiedereingliederung des behandelten Individuums in die Gesellschaft als auch die Verbesserung dessen psychischen Gesundheitszustands angestrebt.

Die starke Risiko- und Deliktorientierung des Massnahmenvollzugs sowie die Ausgrenzung der Straftäter und Straftäterinnen zum Schutz der Gesellschaft erschweren es der Soziotherapie jedoch, ihrem Grundverständnis gerecht zu werden. Dieses basiert auf der Annahme, dass eine rein am Individuum orientierte Behandlung nicht ausreicht, um Probleme zwischen Individuum und Gesellschaft zu reduzieren und zur psychosozialen Gesundheit des erkrankten Individuums beizutragen. Als stark ressourcenorientierte und auf Vertrauen basierende Therapie zielt die Soziotherapie zudem darauf ab, Übungsfelder zu schaffen, in denen aus Fehlern gelernt werden kann.

Gelingt es der Soziotherapie trotz restriktiver Rahmenbedingungen, ihre besonderen Qualitäten einzubringen, leistet sie einen Beitrag zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs.

Diese Erkenntnisse weisen auf die Relevanz einer Professionalisierung und wissenschaftlichen Fundierung der Soziotherapie im Massnahmenvollzug hin. Beides ist erforderlich, damit sich soziotherapeutische Interventionen im Massnahmenvollzug gegenüber anderen Behandlungsformen und auch gegenüber der Gesellschaft legitimieren können. Die Soziale Arbeit kann dazu beitragen, indem sie dazu Forschung initiiert und Fragen bezüglich der Qualifikation von Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen klärt.

# Soziotherapie im Massnahmenvollzug

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Die Bachelor-Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt nicht geändert.

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Carina Löffel  
Larissa Jakob

Bern, 15. Dezember 2017

Gutachter: Prof. Dr. Nett Jachen Curdin

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1	Massnahmenvollzug .....	5
1.1	Entwicklungen im Straf- und Massnahmen-vollzug .....	5
1.1.1	Historische Entwicklung des Freiheitsentzugs .....	5
1.1.2	Die Bestrafung von psychisch kranken Straffälligen .....	7
1.1.3	Aktuelle Tendenzen im Schweizer Freiheitsentzug .....	10
1.1.4	Entwicklungen in der Forschung .....	10
1.2	Gesetzliche Grundlagen .....	14
1.2.1	Vollzugsziele von Freiheitsstrafen .....	14
1.2.2	Vollzugsgrundsätze .....	15
1.2.3	Weitere relevante gesetzliche Grundlagen .....	17
1.3	Massnahmenvollzug in der Schweiz .....	21
1.3.1	Unterschied zwischen Strafen und Massnahmen .....	22
1.3.2	Adressaten und Adressatinnen .....	24
1.3.3	Vollzug in geeigneten Anstalten .....	28
1.4	Soziale Arbeit im Justizvollzug .....	31
1.4.1	Straf- und Massnahmenvollzug als Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit .....	32
1.4.2	Auftrag und Aufgabe .....	33
2	Soziotherapie .....	34
2.1	Begriffsbestimmung .....	34
2.1.1	Der Therapie-Begriff .....	36
2.1.2	Abgrenzung zur Psychotherapie .....	38
2.2	Entwicklung der Soziotherapie .....	39
2.2.1	Historische Herleitung .....	39
2.2.2	Therapeutische Soziale Arbeit .....	42
2.3	Professionszugehörigkeit .....	43
2.3.1	Diskussion um die Professionszugehörigkeit .....	43
2.3.2	Soziotherapie als klinische Sozialarbeit .....	45
2.4	Anwendungsgebiete .....	47
2.5	Gegenstand .....	48
2.5.1	Adressaten und Adressatinnen .....	48
2.5.2	Auftrag und Ziele .....	49

2.6	Basisverständnis .....	52
2.6.1	Biopsychosoziale Modell.....	52
2.6.2	Salutogenese .....	54
2.6.3	Ressourcenorientierung .....	56
2.6.4	Lebensweltorientierung .....	58
2.7	Arbeitsformen.....	60
2.8	Methodisches Vorgehen.....	61
2.8.1	Diagnostik.....	61
2.8.2	Intervention .....	66
3	Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs .....	72
3.1	Gegenüberstellung und Vergleich.....	72
3.1.1	Gemeinsame Ziele .....	73
3.1.2	Parallelen .....	75
3.2	Herausforderungen .....	80
3.3	Beitrag zur Zielerreichung .....	85
4	Fazit .....	93
5	Literaturverzeichnis .....	99

# 1 Einleitung

Die Autorinnen dieser Arbeit absolvierten im Rahmen ihres Studiums zur Sozialen Arbeit ein Ausbildungspraktikum in der Justizvollzugsanstalt (JVA) St. Johannsen. Auf einer geschlossenen und vier offenen Abteilungen werden stationäre therapeutische Massnahmen nach Art. 59 und 60 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB), Freiheitsstrafen mit vollzugsbegleitender ambulanter Behandlung nach Art. 63 StGB und in Ausnahmefällen auch Verwahrungen nach Art. 64 StGB vollzogen. Die Behandlung der 80 eingewiesenen männlichen Straftäter findet auf der Grundlage eines sogenannten drei-Säulen-Konzepts statt, welches die Bereiche Soziotherapie, Arbeitsagogik und Psychotherapie beinhaltet. Während des Praktikums im Bereich der Soziotherapie wurde für die Autorinnen ersichtlich, dass in der JVA St. Johannsen bis anhin kein Konzept und demnach auch kein einheitliches Verständnis der Soziotherapie besteht. So stellte sich für die Autorinnen das erste Mal die Frage, was genau unter dem Begriff Soziotherapie verstanden wird und welchen Auftrag sie im Massnahmenvollzug wahrnimmt. In der Auseinandersetzung mit Literatur über die Soziotherapie kristallisierte sich bald heraus, dass nicht nur im Massnahmenvollzug, sondern auch in anderen Anwendungsgebieten Unklarheiten bezüglich deren Konzeption und Funktion bestehen.

Als Behandlungsform trifft man Soziotherapie, Sozialtherapie oder Soziale Therapie in ganz unterschiedlichen Settings an. Beispielsweise als eine eigenständige ambulante Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, in der Behandlung von chronisch Abhängigen, im Umgang mit Sexualstraftätern oder in der Schweiz hauptsächlich in heilpädagogischen Einrichtungen. In der Literatur wird beschrieben, dass der Begriff der Soziotherapie dabei beinahe beliebig verwendet wird (Dörner, Plog, Teller & Wendt, 2002, S. 347) und bis anhin keine einheitliche, klare oder verbindliche Definition vorliegt (Friboes, 2004, S. 347). Die vielfältige Verwendung von Soziotherapie scheint zu einer Begriffsverwirrung zu führen. Handelt es sich dabei um eine stationäre oder ambulante Therapieform? Ist sie der Psychotherapie, der Sozialen Arbeit oder doch eher den pflegerischen Berufsgruppen zuzuordnen? An welche Adressaten und Adressatinnen richtet sich die Soziotherapie? Geht es dabei mehr um die Vermittlung von behandelnden Angeboten oder ist die Soziotherapie als eigenständige Behandlungsform zu verstehen?

Trotz fehlender Definition nehmen soziotherapeutische Interventionen auch in der Behandlung von psychisch kranken Straftätern und Straftäterinnen eine wichtige Rolle ein. Dies zeigen Beispiele von Vollzugseinrichtungen in Österreich, Liechtenstein, Frankreich, Deutschland und der Schweiz. Im schweizerischen Massnahmenvollzug kommt die Soziotherapie in der bereits erwähnten JVA St. Johannsen zur Anwendung, zudem aber auch im



## Einleitung

geschlossenen Massnahmenzentrum Curabilis in Genf oder in etwas abgeänderter Form im Massnahmenzentrum für junge Erwachsene Arxhof, wo das sozialtherapeutische Milieu als Behandlungsrahmen dient. Obwohl auch in den restlichen Massnahmenzentren mithilfe eines interdisziplinären Behandlungsansatzes gearbeitet wird, findet man die Bezeichnung Soziotherapie darin nicht wieder. Vielmehr liegen in den verschiedenen Massnahmenzentren unterschiedliche Konzepte vor, die an der sozialen Integrationsfähigkeit der Eingewiesenen ansetzen. Im Massnahmenzentrum Bitzi beispielsweise, findet man das Konzept der Sozialen Integration, im Massnahmenzentrum Uitikon wiederum gibt es ein sozialpädagogisches Angebot, im Massnahmenzentrum Kalchrain wird das soziale Behandlungsangebot nur Pädagogik genannt und in Hindelbank wird mit der therapeutischen Gemeinschaft gearbeitet.

Obwohl die Soziotherapie in einigen Einrichtungen des schweizerischen Massnahmenvollzugs einen gewissen Stellenwert in der Behandlung von psychisch belasteten Straftätern und Straftäterinnen zu haben scheint, weist die wissenschaftliche Fundierung darüber grosse Lücken auf. Dies ist nicht nur im Bereich der Begrifflichkeit der Fall, sondern auch auf der Ebene von Theorien und Konzepten, die der Soziotherapie zu Grunde liegen, sowie auf der Ebene der Wirksamkeitsforschung zu den unterschiedlichen Anwendungsgebieten. Aufgrund dieser Lückenhaftigkeit und dem Fakt, dass Soziotherapie nicht im ganzen Massnahmenvollzug Verwendung findet, stellte sich für die Autorinnen die Frage, inwiefern das Konzept der Soziotherapie in den Kontext des Massnahmenvollzugs passt. Oder anders gefragt: Kann die Verwendung der Soziotherapie in diesem Bereich als sinnvoll und geeignet bezeichnet werden? Ist es ihr möglich, einen Beitrag zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs zu leisten? Welchen speziellen Rahmenbedingungen sieht sich die Soziotherapie innerhalb dieses Arbeitsfeldes gegenübergestellt? Wie könnte die Soziotherapie in diesem Kontext ausgestaltet werden? Aus diesen und ähnlichen Fragen ergab sich für die vorliegende Bachelorthesis folgende Forschungsfrage:

➤ *Inwiefern eignet sich die Soziotherapie, um zur Zielerreichung des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs beizutragen?*

Um die Beantwortung dieser Forschungsfrage zu ermöglichen, haben die Autorinnen drei Unterfragen formuliert, welche jeweils einen Aspekt der Eignung beleuchten.

- 1. Welche gemeinsamen Ziele verfolgen die Soziotherapie und der schweizerische Massnahmenvollzug und welche weiteren Parallelen lassen sich aus dem Vergleich der beiden Konzepte ableiten?*
- 2. Welche Herausforderungen stellen sich der Soziotherapie im Kontext des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs?*
- 3. Auf welche Art und Weise könnte die Soziotherapie zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs beitragen?*

## Einleitung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturarbeit. Um die Fragestellung zu beantworten, werden bestehende Wissensbestände zu den Bereichen des schweizerischen Massnahmenvollzugs und der Soziotherapie dargelegt, analysiert und zusammengeführt. Dabei ist die Arbeit in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil wird anhand einer historischen Auseinandersetzung mit der Entstehung des Massnahmenvollzugs und den ihm zu Grunde liegenden gesetzlichen Grundlagen, der in dieser Arbeit beleuchtete Kontext des stationären Massnahmenvollzugs vorgestellt. Durch diese Abhandlung soll sich zeigen, wofür der Massnahmenvollzug steht und welche Ziele er verfolgt. Im zweiten Teil erfolgen Erläuterungen zum Konzept der Soziotherapie, deren Begriffsbestimmung, Entstehung, Grundverständnis und Anwendungsformen. Im dritten Teil – dem Schlussteil – werden die gewonnenen Erkenntnisse zusammengeführt, um die drei Unterfragen und schlussendlich auch die Forschungsfrage zu beantworten. Anhand der Gegenüberstellung des Massnahmenvollzugs und der Soziotherapie soll sich zeigen, inwiefern sich Letztere für den Einsatzbereich des Massnahmenvollzugs eignet.

Die Arbeit beschränkt sich auf das Tätigkeitsfeld des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs gemäss Art. 59 und 60 StGB zur Behandlung von Straffälligen mit psychischen Störungen und Abhängigkeiten. Nicht behandelt werden alle weiteren Massnahmen, wie ambulante Massnahmen, Massnahmen bei jungen Erwachsenen oder Verwahrungen. In der Abhandlung orientieren sich die Autorinnen am schweizerischen Massnahmenvollzug. Ähnliche Vollzugsformen, welche im Ausland vorzufinden sind, werden hier nicht weiter aufgegriffen. Eine weitere Einschränkung haben die Autorinnen in Bezug auf die theoretischen Konzepte von Soziotherapie vorgenommen. Untersucht werden hauptsächlich Konzepte aus dem deutschen Sprachraum.

Die Relevanz dieser Arbeit sehen die Autorinnen insbesondere in der fehlenden theoretischen und konzeptionellen Begründung der Soziotherapie beziehungsweise der Soziotherapie im Massnahmenvollzug. Bis anhin bleibt unklar, wer Soziotherapie umsetzen sollte, welche Besonderheiten ihr eigen sind und wie sie in der Umsetzung ausgestaltet werden kann, was die Arbeit für Fachpersonen auf diesem Gebiet erschwert. Insbesondere die Tatsache, dass Soziotherapie in den unterschiedlichen Anwendungsgebieten nicht einheitlich verstanden und anders ausgestaltet wird, erfordert eine Klärung bezüglich des Auftrags und den Inhalten, welche die Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs übernehmen soll. Erweist sich die Soziotherapie im Rahmen dieser Arbeit als geeignetes Konzept, um zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs beizutragen, so bedingt dies in einem weiteren Schritt eine klare Konzeptualisierung der Soziotherapie im Massnahmenvollzug bzw. in den einzelnen Massnahmenvollzugsanstalten.

## Einleitung

Ausgearbeitete Konzepte können einerseits zu einer Vereinheitlichung und Professionalisierung beitragen und andererseits der Soziotherapie dabei helfen, sich gegenüber anderen Behandlungsformen, bei denen ein solches Konzept zumeist bereits vorliegt, zu legitimieren.

Auch die Klärung der Frage nach der Professionszugehörigkeit der Soziotherapie im Massnahmenvollzug soll einen Beitrag zu deren Professionalisierung leisten. Im Massnahmenvollzug ist die Soziale Arbeit in der Anwendung der Soziotherapie zwar nicht die einzige, aber eine relativ oft vertretene Disziplin. Doch nicht nur dort, sondern auch in anderen Settings sind Sozialarbeitende als Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen tätig. Die theoretische Abhandlung zur Soziotherapie im Rahmen des dritten Kapitels soll zur Klärung beitragen, wie sich das Verhältnis zwischen der Soziotherapie und der Sozialen Arbeit, welches demnach eindeutig besteht, genau darstellt. Diese Klärung kann als relevant für die Legitimierung der Soziotherapie im Massnahmenvollzug betrachtet werden, weil sich die Soziale Arbeit mittlerweile als fester Bestandteil des Schweizer Straf- und Massnahmenvollzugs etablieren konnte. So wird heutzutage davon ausgegangen, dass die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Senkung des Rückfallrisikos von Straftätern und Straftäterinnen leisten kann. Der Sozialen Arbeit werden dabei – wie in Kapitel 2.4 dargestellt wird – klar definierte Aufgaben zuteil. Erweist sich die Zuordnung der Soziotherapie zur Sozialen Arbeit – den theoretischen Herleitungen zufolge – als geeignet, so könnte die Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs nicht nur von der bereits stärkeren Legitimation der Sozialen Arbeit profitieren, sondern daraus auch einen Auftrag mit spezifischen Aufgaben ableiten.

# 1 Massnahmenvollzug

Wie in der Einleitung beschrieben, wird in der vorliegenden Arbeit die Eignung der Soziotherapie für den Massnahmenvollzug untersucht. Dementsprechend gilt der Massnahmenvollzug als Kontext der Untersuchung, der im Folgenden vorgestellt und analysiert wird. In diesem Kapitel werden die Entwicklungen des Straf- und Massnahmenvollzugs, dessen gesetzliche Grundlagen, der Schweizer Massnahmenvollzug und die Rolle der Sozialen Arbeit im Justizvollzug untersucht.

## 1.1 Entwicklungen im Straf- und Massnahmenvollzug

Um zu verstehen, wie es zur heutigen Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen gekommen ist und wie sich in der Schweiz der Massnahmenvollzug als Alternative zum Strafvollzug etablieren konnte, werden die Entwicklungen des Straf- und Massnahmenvollzugs betrachtet.

### 1.1.1 Historische Entwicklung des Freiheitsentzugs

Zu früheren Zeiten, als der Staat noch kein Gewaltmonopol bei der Ausführung von Strafen besass, orientierte man sich in der Ausübung von Strafen am sogenannten Talionsprinzip: „Auge um Auge, Zahn um Zahn“ (Brägger, 2009, S. 65). Im damaligen Privatstrafrecht war es üblich, dass die Sippe des Geschädigten sich an der Sippe des Täters rächen durfte (Baechthold, Weber & Hostettler, 2016, S. 11). Dabei galten die Todes- und Leibesstrafen als angemessene Reaktionen auf die Verletzung von Rechtsordnungen (Brägger, 2009, S. 65). In der Schweiz begann sich das öffentliche Recht ab dem 12. Jahrhundert nach und nach gegen das blutige Privatstrafrecht durchzusetzen (Baechthold et al., 2016, S. 11). Doch erst ab dem 16. Jahrhundert wurde das Privatrecht durch ein umfassendes öffentliches Strafrecht verdrängt (S. 12). Durch die Einführung des öffentlichen Strafrechts wurde ab Mitte des 16. Jahrhunderts erstmals der Freiheitsentzug als strafrechtliche Sanktion in Betracht gezogen. Erste Versuche wurden mit der Errichtung von Arbeitshäusern und Schellenwerken eingeführt, die ursprünglich der Bekämpfung des Bettlerwesens und der Landstreicherei galten. Bald schon wurden hier jedoch auch Menschen, die eine Straftat begangen hatten, untergebracht (S. 14-15). Gemäss Seifert (2014) findet die mit dem Erziehungs- und Besserungsgedanken verbundene Freiheitsstrafe ihren Ursprung in den englischen „houses of corrections“

## Massnahmenvollzug

sowie in den „Amsterdamer Zuchthäusern“, die in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts erbaut wurden (S. 123). Während den folgenden Jahren verliefen die strafrechtlichen Verfahren im Rahmen des Inquisitionsprozesses. In dieser Art des Prozesses musste die angeklagte Person ihre Unschuld selbst beweisen. Erst die Aufklärung zu Beginn des 19. Jahrhunderts und die aufkommende Idee von Menschenrechten, revolutionierten das Strafverfahren und den Strafprozess. So bahnte sich das sogenannte Akkusationsverfahren seinen Weg in den Strafprozess. Mit dem Motto „im Zweifel für den Angeklagten“ muss seit daher die Schuld der angeklagten Person bewiesen werden. Die allmähliche Abkehr vom reinen Rachegedanken führte dazu, dass eine Strafe nicht mehr rein abschreckend wirken, sondern dazu dienen sollte, die verurteilte Person zu bessern, um somit das Rückfallrisiko zu senken (Brägger, 2009, S. 68).

Bei der Einführung des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) im Jahr 1942 wurde der schweizerische Strafvollzug in Form von Artikel 37 dem sogenannten „Resozialisierungsziel“ unterstellt. In diesem Artikel war festgehalten, dass der Vollzug einerseits erziehend auf den Gefangenen einwirken und ihn andererseits auf den Wiedereinstieg in das bürgerliche Leben vorbereiten sollte (Aebersold, 2008, S. 19). Der im damaligen Strafrecht herrschende „Erziehungsgedanke“ ging davon aus, dass Delinquente „fehlgelittete“ und „unreife“ Menschen seien, die durch erzieherische Massnahmen wieder „auf den rechten Weg“ gebracht werden können. In den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts entfernte man sich besonders in den USA und Europa von diesem Verständnis und kehrte sich mehr der „Behandlungsideologie“ zu. Diese Ideologie ging von der Annahme aus, dass jede Art kriminellen Verhaltens, analog zur Krankheit, durch therapeutische Massnahmen beseitigt oder geheilt werden kann (Baechthold et al., 2016, S. 34). So galt der therapeutische Vollzug in den siebziger Jahren als mögliche Alternative zum Strafvollzug (Aebersold, 2008, S. 27). Obwohl auch in dieser Idee die Wiedereingliederung von grosser Bedeutung war, konnte in der Schweiz das Konzept einer therapeutischen Vollzugsform nie richtig Fuss fassen (Baechthold et al., 2016, S. 34).

Der neu aufgekommene Resozialisierungsgedanke führte vor allem in den siebziger und achtziger Jahren zu einer unkritischen Vollzugslockerungspraxis innerhalb des schweizerischen Straf- und Massnahmenvollzugs. Gemäss Kistler (2009) kam es in dieser Periode zu einer „Unterschätzung der Gefährlichkeit und Nichttherapierbarkeit bzw. Nichtresozialisierbarkeit“ von einigen Straffälligen, welche sich in den schnellen und von Therapiefortschritten unabhängigen Vollzugslockerungen zeigte (S. 167). Die Auseinandersetzung und Konfrontation mit den Gründen von Straffälligkeit galt als diskriminierend. Erst in den neunziger Jahren konnte sich auch der deliktbezogene Ansatz etablieren (Aebersold, 2008, S. 19). Zu einer drastischen Wende kam es dann im Jahr 1993, als die junge Frau Pascale Brunner im

## Massnahmenvollzug

Kanton Zürich, von einem zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurteilten Mörder und Vergewaltiger, auf einem Urlaub<sup>1</sup> umgebracht wurde (Kistler, 2009, S. 168). Dieser Vorfall führte dazu, dass der Fokus auf das latente Risiko von Rückfälligkeit gelenkt wurde (Schildknecht, 2009, S. 102). Als Sofortmassnahme durften vorübergehend Straffällige, die ein Gewalt- oder Sexualdelikt begangen hatten, keine Urlaube mehr wahrnehmen (Kistler, 2009, S. 168). Seit daher hat sich in der Schweiz eine gewisse Nulltoleranzstimmung entwickelt (Schildknecht, 2009, S. 103; Luginbühl & Queloz, 2009, S. V). Diese zeigt sich beispielsweise in der 2004 angenommenen Verwahrungsinitiative, welche es erlaubt, nichttherapierbare Straffällige lebenslänglich zu verwahren (Kistler, 2009, S. 174). Das herrschende Klima der Angst hat gemäss Brägger (2011) zur Folge, dass die Bevölkerung wieder vermehrt die Ausgrenzung von Straffälligen fordert. So hätten der Vergeltungsgedanke und die Übelszufügung ihren Weg zurückgefunden und der Strafvollzug sollte erneut wehtun (S. 57).

Trotz dieser Entwicklungen und der stetig wachsenden Zahl der Verwahrten (S. 168), ist der Sozialisierungsgedanke auch im Jahr 2007 revidierten Strafgesetzbuch weiterhin enthalten. In Art. 75 Abs. 1 StGB wird zwar nicht der Begriff „Sozialisierung“ verwendet, dennoch verlangt der Gesetzesgeber, dass der Strafvollzug das soziale Verhalten des Gefangenen fördert (Aebersold, 2008, S. 20). Dabei gelten (Re)Sozialisierung und Wiedereingliederung gemäss der Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und –direktoren (KKJPD) als Mittel, um die Rückfallquote zu senken und somit die Sicherheit der Bevölkerung zu steigern (2014, S. 5).

### 1.1.2 Die Bestrafung von psychisch kranken Straffälligen

In der Diskussion über Schuld, Strafe und Resozialisierung wird delinquenten Personen mit einer psychischen Erkrankung eine spezielle Rolle zuteil. Die Behandlung von psychisch kranken Rechtsbrechern und Rechtsbrecherinnen scheint insofern schwierig, als sie zwischen dem rechtlichen Sicherungsauftrag und der ärztlichen, am Individuum orientierten Behandlungsethik stattfindet. Bereits Aristoteles kam mit der Idee auf, dass psychisch Kranke, deren Krankheit Grundlage für einen Rechtsverstoss war, nicht bestraft werden sollten (Nedopil & Müller, 2012, S. 20). Laut Germanns (2004) Ausführungen über die Entwicklung von Psychiatrie und Strafjustiz in der Schweiz, verbreitete sich im 19. Jahrhundert unter dem *Psychopathiekonzept* die Auffassung des „geborenen Verbrechers“ nach Emil

---

<sup>1</sup> Gemäss Art. 84 Abs. 6 StGB sollen den Gefangenen zur Pflege der Beziehungen zur Aussenwelt, als Vorbereitung auf die Entlassung oder aus besonderen Gründen, Urlaube gewährt werden.

## Massnahmenvollzug

Kraepelin (S. 83). Dieses Konzept betrachtete „krankhaft angelegte Persönlichkeiten“ als unveränderlich und demnach therapieresistent (S. 85). Folglich forderten psychiatrische Kriminalpolitiker und Kriminalpolitikerinnen, dass die Gesellschaft von solchen „Psychopathischen Persönlichkeiten“ geschützt werden sollte, was dazu führte, dass reintegrative Massnahmen nicht in Betracht gezogen wurden. Infolgedessen spielten therapeutische Massnahmen bei psychisch kranken Kriminellen, bis zur Infragestellung des Psychopathiekonzeptes, nur eine untergeordnete Rolle. Im Jahr 1880 forderte Kraepelin die Abschaffung des Strafmasses für unzurechnungsfähige Straffällige (S. 88). Demnach sollten sogenannte „Psychopathen und Psychopathinnen“ als unzurechnungsfähig eingestuft werden, um von der Strafe befreit zu werden.

Dem Psychopathiekonzept gegenüber stellte sich das komplexere Verständnis von *Anlage und Umwelt* von Delinquenz, welches die rein genetische Ursache von Verbrechen verneinte. So wies beispielsweise der deutsche Gefängnisarzt Abraham Baer im Jahr 1893 darauf hin, dass es sich bei Wiederholungstätern und Wiederholungstäterinnen um Menschen mit einer geringeren inneren Widerstandskraft gegenüber äusseren Einflüssen handle. Damit Kriminalität bekämpft werden könne, forderte er unter anderem, dass zur Verhinderung von weiteren Straftaten bei der Verbesserung von sozialen Zuständen angesetzt werden sollte (S. 81). Kritisiert wurden die Entwicklungen im Strafrecht auch vom italienischen Strafrechtler Enrico Ferri. Dieser stellte fest, dass gerade gefährliche Rechtsbrecher und Rechtsbrecherinnen von der ihnen zugeschriebenen Unzurechnungsfähigkeit profitierten und forderte eine *Entkoppelung von Verschulden und Sanktion*. Somit sollte sich die strafrechtliche Reaktion des Staates am Schutz der Gesellschaft orientieren und nicht wie bis anhin am individuellen Verschulden. Seine Strafrechtsreform beinhaltete sogenannte „Massregeln“, die dem Schutzbedürfnis und der Unterstützungsbedürftigkeit von psychisch erkrankten Kriminellen begegnen sollten. Er schlug vor, dass die Massregeln, anhand der von Raffaele Garofalo vorgeschlagenen Kriterien der „Gemeingefährlichkeit“ und „Anpassungsfähigkeit“ der delinquenten Personen, bemessen werden sollten. Die Beurteilung der Gemeingefährlichkeit stellte dabei eine medizinische Aufgabe dar. Von da an stand nicht länger das Verschulden im Zentrum, sondern vielmehr die Täterperson und die damit verbundene zweckmässige Ausgestaltung der Strafe (S. 90-92). Ebenfalls von Bedeutung für die *Zweiteilung in Straf- und Massnahmenrecht* waren die Ideen des deutschen Strafrechtlers Franz von Liszt, der unter anderem im Jahr 1882 mit dem Begriff der „Zwecksstrafe“ aufkam und die Möglichkeit von unbefristeten und vom Verschulden unabhängigen Sanktionen für psychisch kranke Rechtsbrecher und Rechtsbrecherinnen vorsah (S. 92-94). Gegen Ende des 19. Jahrhunderts war man sich mehrheitlich einig, dass die Ziele des Strafrechts, beispielsweise die Legalbewährung, vor allem durch eine angepasste Behandlung der Eingewiesenen während des Vollzugs erreicht werden können (Claudon & Fink, 2008, S. 21).

## Massnahmenvollzug

**In der Schweiz** war das Strafrecht lange Zeit auf kantonaler Ebene geregelt. Erst durch die späte Einführung des Schweizerischen Strafgesetzbuches im Jahr 1942, kam es zu einer Vereinheitlichung (Germann, 2004, S. 102). Der Schweizer Strafrechtler Carl Stooss wurde vom Bundesrat beauftragt, einen Vorentwurf zu einem Strafgesetzbuch zu erarbeiten. Der im Jahr 1893 fertiggestellte Vorentwurf integrierte sichernde Massnahmen für psychisch kranke Straffällige ins Strafrecht. Massnahmen sollten da angeordnet werden, wo Strafen einer erneuten Rechtsgüterverletzung nicht entgegenwirken konnten (S. 109-110). Im selben Jahr diskutierten die schweizer Irrenärzte in einer Expertenkommission über die Stellung von psychisch gestörten Straftätern und Straftäterinnen im künftigen Strafgesetzbuch. Zu heftigen Diskussionen führte dabei der Begriff der Zurechnungsfähigkeit (S. 140)<sup>2</sup>. Der Vorentwurf von Stooss sprach medizinischen Experten bei der Anordnung von sichernden Massnahmen eine wichtige Rolle zu. Damit eine sichernde Massnahme an die Persönlichkeitsmerkmale der straffälligen Person angepasst werden konnte, brauchte es seiner Meinung nach Ärzte und Ärztinnen, sowie Psychiater und Psychiaterinnen, die bei der Beurteilung beigezogen wurden. Zu dieser Zeit kannte man nebst den Gefängnissen insbesondere Trinkeranstalten, Verwahrungs- und Arbeitsanstalten (S. 149-150).

**Heute** – über 100 Jahre später – wird die Behandlung von psychisch kranken Straftätern und Straftäterinnen im Schweizerischen Strafgesetzbuch festgelegt. Die Grundidee von Stooss, dass eine Massnahme angeordnet wird, wenn eine Strafe alleine nicht genügt, um weiteren Straftaten zu begegnen, findet man in Art. 59 Abs. 1 des aktuellen StGB wieder. So ist dort festgehalten, dass eine stationäre therapeutische Massnahme nur dann angeordnet werden kann, wenn „der Täter ein Verbrechen oder Vergehen begangen hat, das mit seiner psychischen Störung in Zusammenhang steht und zu erwarten ist, dadurch lasse sich der Gefahr für weitere mit seiner psychischen Störung in Zusammenhang stehender Taten begegnen“.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Stellung und der Umgang mit psychisch kranken Straftätern und Straftäterinnen insbesondere von der Annahme geleitet wurden, dass eine reine Strafe aufgrund des Verschuldens weder dem Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft, noch dem Behandlungsbedürfnis der straffälligen Person gerecht wird. Dies hat dazu geführt, dass nach Alternativen für die Strafe gesucht wurde, um beiden Bedürfnissen gerecht zu werden. So verbreitete sich mehr und mehr die Idee, dass bei psychisch kranken Rechtsbrechern und Rechtsbrecherinnen, deren Delikt mit ihrer Störung in Zusammenhang steht, nicht an deren Strafe, sondern an deren Behandlungsbedürfnis angeknüpft wird.

---

<sup>2</sup> Mehr zu den kontroversen Diskussionen in Germann, 2004, S. 141-149.



Vor dem Hintergrund dieser Idee, entwickelten sich Massnahmen, als Alternative zu den Strafen. Heute ist in Ländern wie Österreich, Italien, Frankreich, Deutschland oder der Schweiz der Massnahmen- oder Massregelvollzug fester Bestandteil des Strafrechts.

### 1.1.3 Aktuelle Tendenzen im Schweizer Freiheitsentzug

Baechthold et al. (2016) fassen die Entwicklungen im strafrechtlichen Freiheitsentzug der Schweiz in fünf Tendenzen zusammen, die hier kurz erläutert werden (S. 25):

- Während Freiheitsstrafen anfänglich einen repressiven Zweck verfolgten, entwickelte sich nach und nach der Gedanke der Rückfallverhütung. Die inhaftierte Person sollte nicht länger unterdrückt und bestraft werden, sondern auf ein straffreies Leben während und nach dem Vollzug vorbereitet werden.
- Es findet eine zunehmende Individualisierung und Differenzierung des Freiheitsentzugs statt. Um das Rückfallrisiko zu senken, werden mehr und mehr individuelle Vollzugspläne erstellt.
- Die Eingewiesenen wollen nicht mehr länger total isoliert sein. Es kommt zu einer zunehmenden Öffnung der Vollzugsanstalten.
- Es kommt zu einer zunehmenden Verbesserung der Rechtstellung der Eingewiesenen. Auch ihnen gelten die verfassungsmässigen Grundrechte.
- Vermehrt kommt es zu alternativen Sanktions- und Vollzugsformen. So finden die ambulante Massnahme mit Strafaufschub, die Halbgefängenschaft, die Halbfreiheit und das Arbeitsexternat, der tageweise Vollzug, die gemeinnützige Arbeit und schlussendlich das Electronic Monitoring ihren Weg ins Schweizerische Strafgesetzbuch, wobei der Freiheitsentzug nach wie vor eine unverzichtbare Sanktion bleibt.

Trotz der hier von Baechthold et al. beschriebenen Humanisierung, Öffnung und Individualisierung des Freiheitsentzugs in der Schweiz, sieht sich der Straf- und Massnahmenvollzug zunehmend von der in Kapitel 2.1.1 erwähnten Nulltoleranzstimmung unter Druck gesetzt (De Martini, 2008, S. 7).

### 1.1.4 Entwicklungen in der Forschung

Obwohl die Thematik der wirksamen Behandlung von psychisch kranken Rechtsbrechern und Rechtsbrecherinnen hochaktuell ist und auch Forderungen nach Effizienzuntersuchungen und Evaluation von neuen Therapieformen immer lauter werden, steckt die

## Massnahmenvollzug

wissenschaftliche Fundierung von therapeutischen Verfahren im Bereich der forensischen Psychiatrie<sup>3</sup> und des Massnahmenvollzugs noch in den Kinderschuhen und vermag sich nur zögerlich weiterzuentwickeln (Nedopil, 2003 S. 67). Auch Kornberger und Wohlmann-Kreuch (2008) bestätigen, dass bislang empirische Wirksamkeitsforschungen für die Behandlung von psychisch kranken Straftätern und Straftäterinnen innerhalb geschlossener Institutionen weitgehend fehlen (S. 151). In der Forensik scheint es bislang an Daten zu fehlen, die Antworten bezüglich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Behandlungen liefern (Köhler & Kallert, 2009, S. 56).

Trotz der bestehenden Forschungslücken bezüglich erfolgsversprechender Therapieformen scheinen sich die Experten und Expertinnen einig, dass die therapeutische Behandlung von psychisch kranken Straffälligen durchaus sinnvoll ist. So weisen gemäss Sabine Eucker und Christoph Moritz (2005) empirische Untersuchungen darauf hin, dass die Therapie von Sexualdelinquenten und Sexualdelinquentinnen im deutschen Massregelvollzug durchaus erfolgsversprechend ist (zitiert nach Nedopil & Müller, 2012, S. 297). Forschungsergebnisse von Lösel (1995) bestätigen, dass die Rückfallquote von Straftätern und Straftäterinnen durch kriminaltherapeutische Interventionen um 10-12 Prozent reduziert werden kann (zitiert nach Kornberger & Wohlmann-Kreuch, 2008, S. 155). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei kriminellen Personen, deren Delikt in einer kausalen Beziehung zu einer psychischen Störung steht, die Rückfallquote durch eine Behandlung der Störung gesenkt werden kann (Mayer & Kherfouche, 2009, S. 231).

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass neben der Delikt- und Risikoorientierung insbesondere Therapien geeignet sind, die am Verhalten der Straffälligen ansetzen und deren soziale Fertigkeiten fördern. Laut Kornberger und Wohlmann-Kreuch (2008) ist Straftäterbehandlung dann am wirksamsten, wenn sie in einem stark strukturierten, sich an prosozialen Werten orientierenden und positiv verstärkenden Milieu durchgeführt wird (S. 156). So bilden gemäss Heer (2013) die *Sozio- und Milieugestaltung* einen wesentlichen Teil von Behandlungen. Straffällige Personen sollen im Rahmen von Alltagskonflikten lernen, wie man sich kooperativ verhält, Impulse kontrolliert und Kontakte gestalten kann. Im Vordergrund von psychosozialen Therapien und Sozialtherapie steht die Förderung des Sozialverhaltens und der beruflichen Fähigkeiten. Unter Einbezug der sozialen Umgebung, sollen soziale Interaktionen verändert werden (S. 1275-1276). Eine Studie aus dem schweizerischen Massnahmenvollzug von Weber, Schaub, Bumann & Sacher (2015) ergab, dass rein

---

<sup>3</sup> Die forensische Psychiatrie befasst sich mit fachspezifischen Begutachtungsfragen und mit der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher und Rechtsbrecherinnen (vgl. Nedopil & Müller, 2012, S. 18).

## Massnahmenvollzug

deliktorientierte und psychotherapeutische Behandlungsangebote den Anforderungen an eine stationäre therapeutische Behandlung nach Art. 59. StGB nicht genügen. Sie weisen darauf hin, dass insbesondere milieutheraeutische Angebote den Alltag der Eingewiesenen gestalten sollten (S. 24). Die Milieutheraeutie wird von diversen Experten als erfolgsversprechender Ansatz angesehen, weil sie einen Beitrag an die Befähigung zum Zusammenleben und Arbeiten leistet. Als multisystemischer Ansatz umfasst sie Bereiche wie Wohnen, Arbeiten, Freizeit und Therapie, die auch im Massnahmenvollzug von Bedeutung sind (S. 79). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Müller und Rossi (2009), die eine Studie über die Rückfälligkeit von jungen Erwachsenen aus den Massnahmenzentren Arxhof und Uitikon durchführten. Von grosser Bedeutung bei der Senkung der Rückfälligkeit ist gemäss ihren Resultaten, ein wirksames Umfeld innerhalb der Anstalt. So lässt sich erklären, dass im Arxhof mit einem sozialtherapeutischen Milieu gearbeitet wird (S. 23), während in Uitikon unter anderem das soziale Kompetenztraining im Vordergrund steht (S. 30).

Doch nicht nur in der forensischen Psychiatrie stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Rückfallgefahr und Behandlung, sondern auch im *Umgang mit gesunden Rechtsbrechern und Rechtsbrecherinnen*. Da die Erkenntnisse aus der Wirksamkeitsforschung bezüglich der wirksamen Behandlung von gesunden Straffälligen auch für den Umgang mit psychisch kranken Delinquenten und Delinquentinnen von Bedeutung sind, werden die Entwicklungen aus den letzten Jahrzehnten an dieser Stelle kurz dargelegt.

Dem auf der Grundlage des Resozialisierungsgedankens anzutreffenden Behandlungsoptimismus wurde Mitte der siebziger Jahre ein Dämpfer verliehen. Insbesondere in Ländern wie den USA, Holland und Schweden verbreitete sich der Gedanke, dass eine resozialisierende Behandlung bei Freiheitsstrafen nicht funktioniere und ein Grossteil der Eingewiesenen durch den Vollzug nicht gebessert, sondern schlechter gemacht würden (Seifert, 2014, S. 125). Aufgrund einer Metaanalyse kam der amerikanische Sozialforscher Robert Martinson im Jahr 1974 mit dem Slogan des „Nothing Works“ auf. Damit besagte er, dass unabhängig davon, wie die Freiheitsstrafe auch ausgestaltet würde, keine Wirkung auf das künftige Kriminalverhalten nachgewiesen werden könne (Baechthold et al., 2016, S. 42). Mitte der neunziger Jahre kam es jedoch zu einem erneuten Aufschwung in der Behandlung von Rechtsbrechern und Rechtsbrecherinnen. So wurde in England und Wales ein Experimentierfeld der Bewährungsdienste und Gefängnisse unter dem Namen „What Works“ gestartet. Das Ziel von „What Works“ war die Durchführung von empirisch gestützten und erfolgreichen Interventionen zur Täterbehandlung und Rückfallverhinderung. Es sollten sogenannte „Best Practices“ evaluiert werden, um anschliessend neue Praxiskonzepte und Programme zur Behandlung und Betreuung zu entwickeln (Clayton & Fink, 2008, S. 21).

## Massnahmenvollzug

Dabei kamen sie zum Ergebnis, dass folgende Programme sich als erfolgsversprechend erwiesen:

- Erweiterung schulischer Grundkenntnisse
- Kompetenzförderung für Lebensbewältigung und berufliche Fertigkeiten
- Sozio-kognitives Verhaltenstraining
- Strukturierte therapeutische Behandlungsgemeinschaften
- Mediationen der Wiedergutmachung zwischen Täter und Opfer
- Theoriegestützte multimodale Programme

Als kontraproduktiv erwiesen sich Programme, die auf Strafe und Vergeltung ausgerichtet sind, wie etwa die an das amerikanische Militär angelehnten Boot Camps –oder solche, die rein psychologisch oder gar unspezifisch aufgebaut sind (S. 23).

Weit verbreitet ist aktuell die Delikt- und Risikoorientierung (vgl. Mayer, 2015, S. 153-165; Baechthold et al., 2016, S. 300), welche die Rückfallgefahr verringern soll. Im Rahmen der Deliktorientierung müssen sich die Täter und Täterinnen mit ihrer Tat, deren Ursachen, Hintergründen und Folgen auseinandersetzen. Dabei ist es unumgänglich, dass sie lernen, sich in ihre Opfer hineinzusetzen. Durch die intensive Auseinandersetzung mit der Tat im Rahmen der Therapie sollen die Eingewiesenen lernen, Verantwortung für ihre Entscheidungen und ihre Handlungen zu übernehmen und Veränderungen anzustreben. Um diese Veränderung zu erreichen, ist es wichtig, dass Risikosituationen und Frühwarnzeichen erkannt und normenkonform bewältigt werden. Durch diese Auseinandersetzung soll die Deliktmotivation gesenkt und die Steuerungsfähigkeit erhöht werden. Die Risikoorientierung dient dazu, Risiken frühzeitig zu erkennen und bei gefährlichen Entwicklungen rechtzeitig zu reagieren (KKJPD, 2014, S. 3). Vor dem Hintergrund der Erkenntnis über die Bedeutung von Risiko- und Deliktorientierung orientiert sich die aktuelle Forschung zur Rückfallprävention mehrheitlich am sogenannten „RnR-Modell“ nach James Bonta und Don Andrews. Mit den drei Faktoren „Risk, Need and Responsivity“ legt dieses Modell den Fokus nicht rein auf die Risikofaktoren, sondern erweitert den Blick auch auf die Bedürfnisse und die Ansprechbarkeit auf therapeutische und sozialpädagogische Interventionen der Eingewiesenen (Baechthold et al., 2016, S. 44)<sup>4</sup>. Gestützt auf die empirisch bestätigten Wirksamkeitsprinzipien des RnR-Modells, hat sich in der Schweiz nach und nach das Konzept des risikoorientierten Sanktionenvollzugs (kurz ROS) verbreitet (Mayer, 2015, S. 160). Um dem Ziel der Resozialisierung beizutragen, konzentriert sich ROS auf die gezielte Senkung des Rückfallrisikos und gleichzeitig auf die Stärkung von Ressourcen (Rosnet, 2017).

---

<sup>4</sup> Ausführungen in Mayer, 2015, S. 154-157

## 1.2 Gesetzliche Grundlagen

„Die Menschenwürde des Gefangenen oder des Eingewiesenen ist zu achten. Seine Rechte dürfen nur so weit beschränkt werden, als der Freiheitsentzug und das Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung es erfordern“ Art. 74 StGB.

In diesem Kapitel werden die gesetzlichen Grundlagen des strafrechtlichen Freiheitsentzugs behandelt. Diese orientieren sich am vorangehend zitierten Vollzugsgrundsatz der Achtung der Menschenwürde. Es werden die Vollzugsziele, die Vollzugsgrundsätze sowie einige weitere wichtige Bestimmungen des Schweizerischen Strafgesetzbuches, die für die Beantwortung der Fragestellung von Bedeutung sind, etwas genauer beleuchtet. Diese gesetzlichen Grundlagen liegen dem Vollzug von freiheitsentziehenden Strafen, wie auch dem Vollzug von freiheitsentziehenden Massnahmen zugrunde (Baechthold et al., 2016, S. 301).

### 1.2.1 Vollzugsziele von Freiheitsstrafen

In Artikel 75 des revidierten und 2007 in Kraft getretenen Schweizerischen Strafgesetzbuches sind die Grundsätze bezüglich des Vollzugs von Freiheitsstrafen festgehalten. So lautet der erste Satz von Art. 75 Abs. 1 StGB wie folgt: „Der Strafvollzug hat das soziale Verhalten des Gefangenen zu fördern, insbesondere die Fähigkeit, straffrei zu leben.“ Die Literatur zum Straf- und Massnahmenvollzug in der Schweiz weist darauf hin, dass sich aus diesem Satz zwei Ziele von jeglichen strafrechtlichen Sanktionen ableiten lassen. Im Rahmen des ersten Zieles sollen Straffällige auf das Leben nach dem Vollzug vorbereitet und somit die Reintegration in die Gesellschaft angestrebt werden (Brägger, 2009, S. 71-72). Es handelt sich dabei um das Ziel der Wiedereingliederung oder *Resozialisierung* (S. 76). Dem Resozialisierungsziel liegt die Annahme des Gesetzgebers zu Grunde, dass die soziale Desintegration von Tätern und Täterinnen eine wesentliche Ursache von Delinquenz darstellt (Rehberg, 2001, S. 23). Des Weiteren verfolgt der Vollzug das Ziel, weitere Straftaten zu verhindern oder zumindest die *Rückfallgefahr zu verringern*. Dies soll unter anderem durch die Förderung von sozialen Fähigkeiten der Gefangenen und das Einwirken auf deren Persönlichkeit und Verhalten gelingen (KKJPD, 2014, S. 1). Die Förderung des eigenverantwortlichen Verhaltens soll dazu beitragen, dass die Rechte von Drittpersonen und die Regeln des gesellschaftlichen Lebens geachtet werden (S. 4). Das Resozialisierungsziel und das Ziel der Rückfallprävention stehen in einem direkten Zusammenhang. Die Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und –Direktoren betrachtet die (Re)Sozialisierung und Wiedereingliederung als Mittel, um die Rückfallquote zu senken und somit zur objektiven und subjektiven Sicherheit der Bevölkerung beizutragen (S. 5). Dieser gesetzliche Präventionsauftrag, der den Schutz der Bevölkerung beinhaltet, korrespondiert gemäss Mayer (2015) mit

dem Selbstverständnis des Justizvollzugs. So wurde beispielsweise im Jahr 2001 in einem Grundlagenpapier des Amts für Justizvollzug Zürich festgehalten, dass die Vermeidung von Rückfällen und der Schutz von potenziellen Opfern als oberste Ziele des Straf- und Massnahmenvollzugs gelten (S. 153). Im Verständnis von Mayer hat demnach Strafe immer einen auf die Zukunft gerichteten Zweck zu erfüllen, nämlich den Zweck, kriminalitätsmindernd zu wirken (S. 152). Es scheint eine schwierige Aufgabe zu sein, einerseits die Wiedereingliederung anzustreben und andererseits gleichzeitig dem Schutz der Bevölkerung gerecht zu werden. Doch gerade in Anbetracht der Tatsache, dass die meisten Straftäter und Straftäterinnen nur eine zeitlich begrenzte Sanktion verbüssen (KKJPD, 2014, S. 1) – Ausnahmen stellen die seltenen Verwahrungsfälle dar – lohnt es sich, Geld und Arbeit in die Umsetzung der Vollzugsziele zu investieren, wenn es dadurch gelingt, zukünftige Straftaten zu verhindern (Aebersold, 2008, S. 30). Wie bereits im Kapitel 3.1 beschrieben, kam es nach dem Mord an Pascale Brunner im Jahr 1993 zu einer Wende im schweizerischen Straf- und Massnahmenvollzug. So beschreiben Mayer und Schildknecht (2009), dass neben dem klassischen Auftrag der Resozialisierung, zurzeit auch das Ziel der Rückfallprävention wieder stärker in den Vordergrund rückt (S. XV). Dies spiegelt sich auch in der starken Delikt- und Risikoorientierung wieder.

### 1.2.2 Vollzugsgrundsätze

Damit die beiden obersten Ziele der Resozialisierung und Rückfallprävention verfolgt werden können, formuliert der Gesetzgeber in Art. 75 StGB vier weitere Grundsätze, an denen sich der Vollzug auszurichten hat. Diese Nebengrundsätze können als Voraussetzung verstanden werden, damit das Sozialisierungsziel angestrebt werden kann (Aebersold, 2008, S. 20).

#### 1.2.2.1 Normalisierungsgrundsatz

Der zweite Satz von Art. 75 Abs. 1 StGB stellt die Forderung an den Strafvollzug, „den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit als möglich zu entsprechen“. Mit den „allgemeinen Lebensverhältnissen“ sind die Lebensverhältnisse ausserhalb der Gefängnismauern gemeint. Dadurch, dass man versucht das Leben innerhalb der Anstalt dem Leben ausserhalb der Anstalt anzupassen, soll verhindert werden, dass sich die Strafgefangenen zu sehr vom normalen Leben entfremden (Noll, 2016, S. IX). Das Konzept der Normalisierung des Vollzugsalltags machte sich vor allem deshalb breit, weil man feststellte, dass der Freiheitsentzug in traditionell geführten und hoch strukturierten Vollzugsanstalten oftmals unerwünschte Effekte zur Folge hatte. So machte man beispielsweise die Erfahrung, dass in solchen Anstalten die Gefangenen jegliche Eigenverantwortung für ihr Handeln verloren. Um dem entgegenzuwirken soll unter dem Normalisierungskonzept die Verantwortung der

## Massnahmenvollzug

Strafgefangenen gefördert werden. Umgesetzt wird dieser Grundsatz beispielsweise durch Freizeitaktivitäten, das Zubereiten von Mahlzeiten im Gruppenvollzug, den geregelten Arbeitsalltag oder das Erlernen eines guten Umgangs mit Geld (Baechthold et al., 2016, S. 30-31). Gemäss Andrea Baechthold ist es wichtig, dass sich die materiellen Haftbedingungen – womit Unterbringung, Ausstattung des Haftraumes, Kleidung und Verpflegung gemeint sind (Baechthold et al., 2016, S. 159) – am Stand der Gesellschaft orientieren. Des Weiteren soll der Vollzug Möglichkeiten bieten, um Sozialkontakte zur Aussenwelt zu fördern oder zumindest zu erhalten. Ebenfalls von Bedeutung ist es, dass die Anforderungen an das Sozialverhalten der Gefangenen möglichst nahe an den herrschenden Bedingungen ausserhalb des Strafvollzugs anlehnen (zitiert nach Rütsche, 2015, S. 9). So soll durch die Schaffung von realitätskonformen Anforderungen an die Gefangenen ein Lernfeld für soziales Verhalten gestaltet werden, das wiederum günstige Voraussetzungen für das Leben nach dem Vollzug schafft (Rehberg, 2001, S. 23). Gemäss Brägger (2013) trägt der Normalisierungsgrundsatz zur Förderung des Sozialverhaltens bei und erhöht somit die Wiedereingliederungschancen (S. 1715). Den Grundsatz der Normalisierung findet man nicht nur im schweizerischen Strafvollzug. Auch der Europarat (2004) empfiehlt, dass das Leben in einer Strafvollzugsanstalt so gestaltet werden sollte, „dass es so weit wie möglich, den Gegebenheiten des Lebens in der Gesellschaft entspricht“ (S. 232).

### **1.2.2.2 Betreuungsgrundsatz**

Des Weiteren fordert Art. 75 Abs. 1 StGB vom Strafvollzug „die Betreuung des Gefangenen zu gewährleisten“. Baechthold et al. (2016) weisen darauf hin, dass eine totale Anpassung des Alltags innerhalb des Freiheitsentzugs an die Verhältnisse in Freiheit, auch bei einer optimalen Umsetzung des Normalisierungsgrundsatzes nicht möglich ist. Aus der Einschränkung der Autonomie und der Handlungskompetenzen von Strafgefangenen ergibt sich eine Fürsorgepflicht auf der Seite der Vollzugsorgane. Konkret umgesetzt wird diese durch die Errichtung von Gesundheits- und Sozialdiensten innerhalb der Anstalten sowie durch die Zulassung von Gefängnisseelsorgern und -Seelsorgerinnen. Dadurch soll sozialen, religiösen, gesundheitlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Bedürfnissen begegnet werden (S. 31-32).

### **1.2.2.3 Entgegenwirkungs- oder Gegensteuerungsgrundsatz**

Auch bekannt unter dem Begriff „harm reduction“ (Aebersold, 2008, S. 20), soll der Vollzug unter dem Gegensteuerungsgrundsatz gemäss Art. 75 Abs. 1 StGB schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegenwirken. Das Entgegenwirkungsprinzip gilt als Gegenstück des Normalisierungsgrundsatzes. Es berücksichtigt die Tatsache, dass der Anpassung des Alltags hinter den Gefängnismauern an die realen Bedingungen ausserhalb Grenzen gesetzt sind. Dieser Umstand führt dazu, dass eine Vorbereitung auf das Leben in Freiheit nie

gänzlich realitätstreu geschehen kann. Trotzdem verpflichtet dieser Grundsatz den Strafvollzug dazu, die Isolation der Inhaftierten möglichst gering zu halten, um den schädlichen Folgen der totalen Abschottung entgegenzuwirken (Brägger, 2013, S. 1715-1716).

### **1.2.2.4 Sicherungsgrundsatz**

Der Vollzug hat „dem Schutz der Allgemeinheit, des Vollzugspersonals und der Mitgefangenen angemessen Rechnung zu tragen“. So formuliert der Gesetzgeber den Sicherungsgrundsatz in Art. 75 Abs. 1 StGB. Es handelt sich dabei konkret um die Verhütung und Verhinderung von Delikten während des Freiheitsentzugs. Die Sicherung des einzelnen Gefangenen zum Schutz der Mitgefangenen und des Personals, sowie zur Gewährleistung der Sicherheit innerhalb der Anstalt, soll mit verhältnismässigen Mitteln umgesetzt werden (Brägger, 2013, S. 1716-1717). Der Sicherheitsauftrag beinhaltet gemäss Baechthold et al. (2016) einerseits die Verhinderung von Fluchten, die nachfolgende Straftaten mit sich ziehen können, und andererseits – wie bereits erwähnt – die Verhütung von Straftaten in der Anstalt selbst. Umgesetzt wird die Gewährleistung der Sicherheit durch bauliche, technische und fluchtverhindernde Massnahmen sowie durch organisatorische und personelle Vorkehrungen (S. 28).

## **1.2.3 Weitere relevante gesetzliche Grundlagen**

Im Folgenden sollen weitere wichtige gesetzliche Grundlagen über den strafrechtlichen Freiheitsentzug beleuchtet werden, die neben den vier Grundsätzen der Normalisierung, Betreuung, Gegensteuerung und Sicherung, in Bezug auf die zu Beginn formulierte Fragestellung, als wesentlich erachtet werden.

### **1.2.3.1 Progressionsgedanken**

Art. 75 Abs. 3 des StGB schreibt vor, dass die Anstalt in Zusammenarbeit mit dem Gefangenen einen Vollzugsplan erstellen soll. Dieser enthält Angaben über die angebotene Betreuung, die Arbeits- sowie die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die Wiedergutmachung, die Beziehung zur Aussenwelt sowie die Vorbereitung der Entlassung. Die Erstellung eines Vollzugsplanes soll dabei helfen, im Rahmen von gewissermassen standardisierten Vollzugsbedingungen, eine Individualisierung des Vollzugs zu ermöglichen (Baechthold et al., 2016, S. 153) und gilt als reale und konkrete Umsetzung des Resozialisierungsziels. Verwirklicht wird dieses Ziel im Rahmen des Progressionsgedankens. Dabei meint Progression die allmählichen Vollzugslockerungen ab dem Eintritt in die Anstalt, bis hin zur bedingten Entlassung und dem Übergang in die Bewährungshilfe (Aebersold, 2008, S. 21). Die bedingte Entlassung gilt als letzte Progressionsstufe des Freiheitsentzugs (Brägger, 2009, S. 9). Die Vollzugsöffnungen sollen dazu dienen, realitätsnahe Lernfelder zu erschliessen, welche



ausserhalb des Anstaltslebens abspielen. Dadurch soll die eingewiesene Person einen regelkonformen Umgang mit der Freiheit erlernen (KKJPD, 2014, S. 6). Im Hinblick auf die Rückkehr in die Gesellschaft werden dem Gefangenen, der Gefangenen mehr und mehr Freiheiten gewährt. Diese Öffnungen stehen einerseits mit dem Verhalten im Vollzug in Zusammenhang, sind aber auch stark von den jeweiligen Prognosen in Anbetracht einer allfälligen Rückfälligkeit geprägt (Rehberg, 2001, S. 27). Die einzelnen Vollzugslockerungen müssen von der jeweiligen Vollstreckungsbehörde verfügt werden. Damit diese bewilligt werden, müssen von der eingewiesenen Person, klare Ziele des Vollzugsplanes erreicht worden sein (Brägger, 2013, S. 1719). Gemäss Art. 90 Abs. 2 StGB muss auch zu Beginn des Massnahmenvollzugs ein Vollzugsplan erstellt werden. Dieser wird ergänzt durch „Angaben über die Behandlung der psychischen Störung, der Abhängigkeit oder der Entwicklungsstörung des Eingewiesenen sowie zur Vermeidung von Drittgefährdung“.

### **1.2.3.2 Sozialisierungsbemühungen**

Das geltende Recht stellt in Art. 75 Abs. 4 StGB die Forderung an Strafgefangene, aktiv an den Entlassungsvorbereitungen mitzuwirken und Sozialisierungsbemühungen an den Tag zu legen. Im Rahmen des Vollzugsplanes werden individuelle Ziele für den Strafgefangenen, die Strafgefangene erarbeitet. Bei fehlender Mitwirkung der Umsetzung dieser Ziele und somit Widersetzung der Verpflichtung an der Resozialisierung aktiv mitzuarbeiten, kann dies zu negativen Folgen für den Eingewiesenen, die Eingewiesene führen. So können beispielsweise die angestrebten Vollzugslockerungen verzögert oder nicht gewährt werden (Brägger, 2007, S. 8). Im Rahmen der Sozialisierung ist es von Bedeutung, dass nicht nur Verhaltensänderungen der Rechtsbrecher und Rechtsbrecherinnen angestrebt werden, sondern auch deren Einstellungsänderung (Nedopil & Müller, 2012, S. 385). Um wirkungsvoll auf die Gefangenen Einfluss nehmen zu können, ist es also wichtig, dass die Rückfallvermeidung von eben diesen als sinnvolles Ziel erachtet und zu ihrem eigenen Lebensentwurf gemacht wird. Erst dann kann in Kombination mit persönlichen Leistungen der Gefangenen und entsprechenden Angeboten im Vollzug, die Wiedereingliederung in die Gesellschaft angestrebt werden (Baechthold et al., 2016, S. 35). Den Vollstreckungsbehörden ist es daher erlaubt, von den Inhaftierten die regelmässige Teilnahme an therapeutischen Behandlungen sowie die echte Auseinandersetzung mit der Tat zu fordern (Brägger, 2013, S. 1723). Die erfolgreiche Tataufarbeitung wird als wichtiges Instrument erachtet, um in Zukunft ein straffreies Leben zu führen (Baechthold et al., 2016, S. 115). Gemäss Brägger (2013) erfordert eine erfolgreiche Wiedereingliederung, dass die straffällige Person ihre Verantwortung akzeptiert, mit den Folgen der begangenen Tat konfrontiert wird, die eigene Schuld und das eigene Versagen anerkennt und eingefahrene Denkschemas zu hinterfragen beginnt und im besten Fall ändert (S. 1722).

### **1.2.3.3 Arbeitsexternat und Wohn- und Arbeitsexternat**

Art. 77a Abs. 1 StGB sieht die Möglichkeit eines Arbeitsexternates vor, wenn mindestens die Hälfte der Freiheitsstrafe verbüsst wurde und weder eine Flucht noch eine weitere Straftat zu erwarten ist. Im Rahmen des Arbeitsexternates „arbeitet der Gefangene ausserhalb der Anstalt und verbringt die Ruhe- und Freizeit in der Anstalt“. Die Besonderheit dieser Vollzugsform liegt darin, dass sich der Gefangene, die Gefangene während einer gewissen Zeit ausserhalb des Anstaltsgeländes aufhält, da im Rahmen des Arbeitsexternates einer Erwerbsarbeit ausserhalb der Anstalt nachgegangen wird. Das Arbeitsverhältnis wird mit einem Arbeitsvertrag geregelt und als Arbeitnehmende erhalten die Eingewiesenen einen angemessenen Lohn (Baechthold et al., 2016, S. 132). Auch externe Hausarbeit und Kinderbetreuung werden vom Gesetzgeber als Möglichkeiten in Betracht gezogen (Art. 77a Abs. 2 StGB). Bewährt sich der Gefangene, die Gefangene im Arbeitsexternat, so kann als weitere Vollzugsform das Wohn- und Arbeitsexternat verfügt werden. „Dabei wohnt und arbeitet der Gefangene ausserhalb der Anstalt, untersteht aber weiterhin der Strafvollzugsbehörde“, so Art. 77a Abs. 3 StGB. Der Gefangene, die Gefangene befindet sich zwar weiterhin im Freiheitsentzug, hält sich aber paradoxerweise nicht mehr auf dem Anstaltsgelände auf (Baechthold et al., 2016, S. 135). Gemäss Art. 90 Abs. 2bis StGB können die Vollzugsformen des Wohn- und Arbeitsexternates auch im Rahmen von Massnahmen nach Artikel 59 bis 61 und Artikel 64 StGB vollzogen werden.

### **1.2.3.4 Kontakte zur Aussenwelt**

Das Ziel, nach der Entlassung ein straffreies Leben führen zu können, hängt nicht alleine von der Persönlichkeit und der Handlungsfähigkeit der Gefangenen ab. Erfahrungswerte weisen darauf hin, dass die Legalbewährung zusätzlich vom sozialen Umfeld abhängt. So schliesst die aktive Rückfallprävention die Pflege und Stabilisierung eines sozialen Netzwerkes mit ein (Baechthold et al., 2016, S. 114). In den letzten vier Jahrzehnten wurden verschiedene Möglichkeiten geschaffen, um den Eingewiesenen die Beziehung zur Aussenwelt zu erleichtern. Darunter fallen der Briefverkehr, Empfang von Paketen, Besuche, Veranstaltungen mit externen Personen innerhalb der Anstalt, Urlaube, Besuch von Veranstaltungen und Anlässen ausserhalb der Anstalt, Telefonverkehr, Internetkommunikation und elektronisch gespeicherte Daten, Bezug von Zeitungen, Zeitschriften und Büchern sowie Radio und Fernsehen (S. 176-192). Die Bestimmungen zu diesen Möglichkeiten sind in Art. 84 StGB festgehalten. Eine grosse Bedeutung kommt den in Abs. 6 festgelegten Urlauben zu. Gemäss Baechthold et al. (2016) sind Urlaube das wirkungsvollste Instrument, um Beziehungen zur Aussenwelt aufrecht zu erhalten (S. 183). Auch der Bundesrat bestätigte dies bereits im Jahr 1981. Das Vollzugsziel lasse sich nur verwirklichen, wenn Kontakte zur Aussenwelt gewährleistet würden. Daher bezeichnete der Bundesrat Urlaube sogar als eine Notwendigkeit, um der

## Massnahmenvollzug

Zielsetzung des Strafvollzugs gerecht zu werden (zitiert nach Baechthold et al., 2016, S. 183). Ob ein Urlaub gewährt werden kann, ist von zwei Aspekten abhängig. Einerseits darf das Verhalten der gefangenen Person dem nicht entgegenstehen und andererseits darf weder eine Flucht- noch eine Rückfallgefahr vorliegen (Imperatori, 2013, S. 1796). Unterschieden wird dabei zwischen Sachurlaube, die einer Sache wie beispielsweise der Erledigung von unaufschiebbaren Angelegenheiten dienen soll, und Beziehungsurlaube. Diese dienen, wie es der Name schon sagt, der Wiederaufnahme und Pflege von sozialen Kontakten (Rehberg, 2001, S. 29). Dieselben Bestimmungen zu den Urlaube gelten gemäss Art. 90 Abs. 4 StGB auch für den Vollzug von Massnahmen. Einzig während der lebenslänglichen Verwahrung werden, gemäss Art. 90 Abs. 4ter StGB, weder Urlaube noch andere Vollzugsöffnungen genehmigt. Heer (2013) hebt die Notwendigkeit von Beziehungsurlaube im Zusammenhang von freiheitsentziehenden Massnahmen besonders hervor, da sie einerseits die Aufrechterhaltung und Pflege von Beziehungen der Gefangenen zur Aussenwelt ermöglichen, aber auch immer therapeutischen Zwecken dienen (S. 1293-1294).

### 1.2.3.5 Gruppenvollzug

Art. 78 StGB schreibt vor, unter welchen Bedingungen eine Einzelhaft in Form einer ununterbrochenen Trennung von anderen Gefangenen angeordnet werden darf. Legitim ist eine Einzelhaft entweder bei Strafantritt und zur Einleitung des Vollzugs für die Dauer von höchstens einer Woche, zum Schutz der Gefangenen sowie von Dritten, oder als Disziplinarsanktion. Analog dazu gilt Art. 90 Abs. 1 StGB für den Massnahmenvollzug. Somit ist der Gruppenvollzug im schweizerischen Straf- und Massnahmenvollzug die Regel (Rehberg, 2001, S. 28), die Einzelhaft hingegen die Ausnahme. In der Umsetzung bedeutet dies, dass die Gefangenen zwar beispielsweise ihre Ruhezeit in der Zelle verbringen, während der Arbeitszeit und Teilen der Freizeit aber in Kontakt mit anderen Eingewiesenen stehen (Baechthold et al., 2016, S. 130). Brägger (2011) versteht den Gruppenvollzug neben dem Vollzugsplan als wesentlichen Pfeiler, um den Grundsätzen aus Art. 74, 75 und 90 StGB Rechnung zu tragen, die nach Humanität und Wiedereingliederung verlangen (S. 54). Insbesondere während der Untersuchungshaft kann es sein, dass der Gefangene, die Gefangene sich über längere Zeit in Einzelhaft befindet (Brägger, 2013, S. 1745). Die Gruppe kann methodisch als Übungs- und Lernfeld eingesetzt werden. So soll beispielsweise im Massnahmenzentrum Bitzi die Gruppe dazu dienen, das in der Bezugspersonenarbeit Erlernte anwenden zu können. In diesem Umfeld sollen Möglichkeiten geboten werden, damit nicht akzeptierte Verhaltensweisen überdacht und neue, sozialadäquate Verhaltensweisen erprobt werden können. Mitarbeitende sind herausgefordert, ein konstruktives Milieu zu schaffen, in dem die Einzelnen im Rahmen der Gruppe an ihren Problemen und Störungen arbeiten können (Näf, 2009, S. 137-138).

Auch in der Justizvollzugsanstalt St. Johannsen kommt dem Gruppenvollzug eine wichtige Rolle zu. Dort sollen die Eingewiesenen im Rahmen der Soziotherapie zu prosozialen Beziehungen befähigt werden. Vorhandene Sozialkompetenzen sollen erhalten, gefördert und trainiert, sowie neue entdeckt, entwickelt und erprobt werden. Die Gruppe dient als praktisches Übungsfeld für neue Beziehungs- und Verhaltensmustern (JVA St. Johannsen, 2014, S. 11).

### 1.3 Massnahmenvollzug in der Schweiz

Das schweizerische Sanktionssystem kennt als Alternative zu den regulären Strafen diverse Massnahmen, welche in Art. 59 bis 73 StGB festgehalten sind. Relevant für die vorliegende Arbeit sind die freiheitsentziehenden Massnahmen nach Art. 59 bis 64 StGB. Weitere Massnahmen nach Art. 66 bis 73 StGB werden an dieser Stelle nicht betrachtet.

Wie in Kapitel 3.1.2 bereits erwähnt, sind Massnahmen seit der Einführung des Schweizerischen Strafgesetzbuches im Jahr 1942 ein fester Bestandteil des Justizsystems. Gemäss Art. 56 Abs. 1 StGB wird eine Massnahme dann angeordnet, wenn eine Strafe alleine nicht ausreicht, um der Gefahr von weiteren Straftaten zu begegnen, ein Behandlungsbedürfnis des Täters, der Täterin besteht oder dies für die Sicherheit der Öffentlichkeit erforderlich ist. Die hier formulierte Sozialgefährlichkeit des Täters, der Täterin gilt als primäre Legitimationsgrundlage für die Anordnung einer Massnahme (Heer, 2013, S. 1191). Dabei muss sich das Gericht bei der Anordnung einer Massnahme auf ein sachverständiges Gutachten stützen, so Absatz 3. Unser Recht kennt im Rahmen von stationären therapeutischen Massnahmen die Behandlung von psychischen Störungen (Art. 59 StGB), die Suchtbehandlung (Art. 60 StGB) und die Massnahmen für junge Erwachsene (Art. 61 StGB). Gemäss Art. 63 StGB können therapeutische Massnahmen nach Art. 59 und 60 StGB auch ambulant angeordnet werden. Als weitere Massnahmen kennt das Gesetz die Verwahrung gemäss Art. 64 StGB und die lebenslängliche Verwahrung gemäss Art. 64 Abs. 1bis StGB. Hier kommt es zu einer Unterscheidung zwischen therapeutischen und sichernden Massnahmen. Bei den *therapeutischen Massnahmen* wird davon ausgegangen, dass durch eine angemessene Behandlung der Täter und Täterinnen die Rückfallgefahr verringert werden kann (Brägger, 2009, S. 71). Im Vordergrund steht also das ausgewiesene Behandlungsbedürfnis. Das Ziel von therapeutischen Massnahmen ist die schrittweise Wiedereingliederung in die Gesellschaft (Nationale Kommission zur Verhütung von Folter, 2014). Somit sind sie primär auf die Resozialisierung der Strafgefangenen ausgerichtet (Riklin & Niggli, 2007/2008, S. 19). Bei der Verwahrung sowie der lebenslänglichen Verwahrung als *sichernde oder isolierende Massnahmen* hingegen steht das Schutzbedürfnis der Gesellschaft im Vordergrund

(NKVF, 2014). Sichernde Massnahmen sind zeitlich unbegrenzt. Durch den völligen Ausschluss aus der Gesellschaft soll verhindert werden, dass weitere Gesellschaftsmitglieder dem Täter, der Täterin zum Opfer fallen (Brägger, 2009, S. 71). Im Gegensatz zu den restlichen freiheitsentziehenden Massnahmen verfolgen sie nicht das Ziel der Wiedereingliederung. Damit eine Verwahrung angeordnet werden darf, muss eine „Untherapierbarkeit“ des Gefangenen, der Gefangenen vorliegen (Riklin & Niggli, 2007/2008, S. 20).

Heutige Zahlen weisen darauf hin, dass Massnahmen bei mittleren und schweren Delikten zunehmend an Bedeutung gewinnen. So zeigt beispielsweise ein Blick auf die Urteilsstatistik auf, dass in 40 Prozent aller unbedingten Freiheitsstrafen von mehr als sechs Monaten, eine Massnahme angeordnet wird. 15 Prozent aller unbedingten Freiheitsstrafen von mehr als sechs Monaten werden in Form von stationären therapeutischen Massnahmen durchgeführt (zitiert nach Baechthold et al., 2016, S. 296).

Im Rahmen dieser Arbeit sind insbesondere die beiden stationären therapeutischen Massnahmen zur Behandlung von psychischen Störungen (Art. 59 StGB) und der Suchtbehandlung (Art. 60 StGB) von Bedeutung. Die Massnahmen für junge Erwachsene, die ambulante Massnahmen und die Verwahrung werden in der vorliegenden Arbeit nicht weiter behandelt.

### 1.3.1 Unterschied zwischen Strafen und Massnahmen

Der wohl wichtigste Unterschied zwischen Strafen und Massnahmen liegt darin, dass Strafen am Verschulden des Täters, der Täterin anknüpfen, während sich Massnahmen an deren Behandlungsbedürfnis und am Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft orientieren (Baechthold et al., 2016, S. 294). Somit geht es bei der Anordnung von Massnahmen nicht um die Bestrafung eines Vergehens oder einer Schuld (Nedopil & Müller, 2012, S. 43). Wenn die Voraussetzungen für eine Strafe *sowie* für eine Massnahme gegeben sind, so werden vom Gericht beide Sanktionen angeordnet. Dabei wird die Strafe zu Gunsten der Massnahme aufgeschoben und der mit der Massnahme verbundene Freiheitsentzug wird auf die Strafe angerechnet (Art. 57 StGB). Dementsprechend hat die Massnahme gegenüber der Strafe einen subsidiären Charakter (Baechthold et al., 2016, S. 294). Zwei weitere wichtige Unterschiede von Strafen und Massnahmen werden an dieser Stelle noch genauer erläutert.

#### 1.3.1.1 Direkter Zusammenhang von Delikt und Störung

Die Voraussetzungen, damit eine Behandlung der psychischen Störung oder eine Suchtbehandlung als Massnahme angeordnet werden dürfen, sind in Art. 59 Abs. 1 und Art. 60 Abs. 1 StGB festgehalten.

## Massnahmenvollzug

Es handelt sich dabei um zwei zentrale Bedingungen:

1. Zwischen dem Verbrechen oder Vergehen des Täters, der Täterin und deren psychischen Störung bzw. deren Abhängigkeit muss ein Zusammenhang bestehen (Art. 59 Abs. 1a und Art. 60 Abs. 1a StGB).
2. Es muss zu erwarten sein, dass durch die Anordnung einer stationären therapeutischen Massnahme, der Gefahr von weiteren Straftaten begegnet werden kann, die in Zusammenhang mit der psychischen Störung bzw. der Abhängigkeit des Täters, der Täterin stehen (Art. 59 Abs. 1b und Art. 60 Abs. 1b StGB).

Im Allgemeinen kann nicht einfach davon ausgegangen werden, dass sozial störendes Verhalten mit einer psychischen Gestörtheit gleichzusetzen ist und demnach Delinquenz immer ein Ausdruck einer bestehenden Störung ist (Heer, 2013, S. 1255). Bei der Anordnung einer Massnahme hingegen, gilt der direkte Zusammenhang von Delikt und Störung als Grundlage. Aus diesem Zusammenhang zwischen Anlasstat und Störung lässt sich das bereits erwähnte Behandlungsbedürfnis des Täters, der Täterin ableiten. So soll die Rückfallgefahr nicht durch die Strafe, sondern durch eine geeignete Behandlung bekämpft werden (Heer, 2013, S. 1272). Folglich ergibt sich ein zusätzliches Ziel, das dem Massnahmenvollzug eigen ist. Es handelt sich hierbei um das Behandlungsziel. Dieses Ziel verfolgt jedoch nicht primär die Förderung der geistigen und psychischen Gesundheit des Straftäters, der Straftäterin. Es ist vielmehr darauf ausgerichtet, den Täter, die Täterin zu befähigen, mit seiner, ihrer „geistigen Abnormität sozialverträglich umzugehen“ (S. 1289). Damit eine stationäre Massnahme Sinn macht, muss gemäss Art. 59 und 60 Abs. 1b StGB eine Therapierbarkeit des Täters, der Täterin vorhanden sein. Erst wenn diese vorliegt, macht eine Behandlung Sinn, um dem Ziel der Rückfallprävention Rechnung zu tragen.

### **1.3.1.2 Verlängerung der Massnahme**

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen Massnahmen und Strafen liegt in der zeitlichen Unbegrenztheit von Massnahmen. Da sich therapeutische Massnahmen nicht am Verschulden, sondern am Zweck der Massnahme orientieren, ist die Dauer der Massnahme im Urteil nicht festgehalten (Baechthold et al., 2016, S. 294). Im Gesetz steht zwar geschrieben, dass der mit der stationären Behandlung in Verbindung stehende Freiheitsentzug in der Regel bei psychischen Erkrankungen höchstens fünf Jahre und bei Abhängigkeit höchstens drei Jahre beträgt. Sind jedoch die Voraussetzungen für eine bedingte Entlassung nach Ablauf dieser Zeit noch nicht gegeben und ist zu erwarten, dass durch die Weiterführung der Massnahme der Rückfallgefahr weiterhin zu begegnen ist, so kann vom Gericht die Verlängerung der Massnahme um jeweils höchstens fünf Jahre bei einer psychischen Störung und um ein Jahr bei einer Abhängigkeit angeordnet werden. Während die maximale Dauer von Massnahmen bei Abhängigkeit sechs Jahre beträgt, ist dieser bei therapeutischen Massnahmen für

psychische Störungen keine Grenze gesetzt (Art. 59 Abs. 4 und Art. 60 Abs. 4 StGB). So kann also festgehalten werden, dass die Dauer der freiheitsentziehenden Massnahme nicht vom Verbüssen der Strafe abhängig ist, sondern diese durch die Therapiefortschritte der eingewiesenen Person bestimmt wird. Eine ältere Untersuchung von Aebersold (1972) hat gezeigt, dass der Vollzug der Massnahme, im Vergleich zur richterlich festgelegten schuldangemessenen Freiheitsstrafe, in jedem zweiten Fall mindestens doppelt so lange dauert (zitiert nach Baechthold et al., 2016, S. 302).

### 1.3.2 Adressaten und Adressatinnen

Wie sich aus den vorangehenden Kapiteln und den darin zitierten Gesetzesartikeln ableiten lässt, weisen Adressaten und Adressatinnen des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs insbesondere zwei zentrale Merkmale auf:

1. **Delinquenz:** Alle Personen, die sich im Massnahmenvollzug befinden, haben vorgängig ein Delikt begangen, das als Konsequenz eine freiheitsentziehende Sanktion mit sich bringt. Da sich die Massnahme nicht am Verschulden, sondern am Behandlungsbedürfnis orientiert, trifft man im Massnahmenvollzug auf unterschiedlich schwere Delikte.
2. **Psychische Störung oder Abhängigkeit:** Damit eine stationäre therapeutische Massnahme anstelle einer Strafe verordnet werden kann, muss die straffällige Person – wie in Kapitel 2.3.1.1 erläutert – entweder an einer psychischen Störung oder an einer Abhängigkeit leiden.

Um etwas besser zu verstehen, was es bedeutet, mit Menschen zu arbeiten, die an einer psychischen Störung erkrankt sind, wird in diesem Kapitel der Begriff der psychischen Störung kurz erläutert. Anschliessend werden relevante Störungsbilder aufgezählt, welche im Massnahmenvollzug oft behandelt werden. Es folgt eine genauere Betrachtung der dissozialen Persönlichkeitsstörung, da diese Persönlichkeitsstörung als eine der acht Risikofaktoren des RNR-Modells gilt (Mayer, 2015, S. 155).

#### 1.3.2.1 Psychische Störungen

Oftmals taucht der Begriff der psychischen Störung in Verbindung mit der Zuschreibung von abweichendem Verhalten auf. Gerrig (2016) hat sieben Kriterien zusammengefasst, anhand derer abweichendes Verhalten gekennzeichnet werden kann (S. 551-552):

1. *Leidensdruck oder Behinderung:* Eine Person empfindet einen Leidensdruck und ist in ihrer Handlungsfähigkeit beim Erledigen von alltäglichen Dingen eingeschränkt.
2. *Fehlanpassung:* Das Verhalten der betroffenen Person führt dazu, dass eigene und fremde Ziele nicht erreicht werden können.

## Massnahmenvollzug

3. *Irrationalität*: Die Menschen, welche sich um die betroffene Person herum befinden, können deren Verhalten nicht verstehen.
4. *Unberechenbarkeit*: Das Verhalten der Person ist sprunghaft und unvorhersehbar.
5. *Aussergewöhnlichkeit und statistische Seltenheit*: Eine Person zeigt Verhaltensweisen und Eigenschaften, die sehr selten sind und soziale Standards verletzen.
6. *Unbehagen bei Beobachtern*: Durch das Verhalten einer Person fühlen sich Mitmenschen bedroht oder beunruhigt.
7. *Verletzungen moralischer und gesellschaftlicher Normen*.

Diese sieben Kriterien gelten nicht als Diagnose von psychischen Störungen. Jedoch kann anhand dieser Kriterien eher auf eine psychische Störung geschlossen werden, je ausgeprägter und häufiger sie auftreten. Gleichzeitig ist jedoch keines dieser Kriterien „eine *notwendige* Bedingung, die von allen psychischen Störungen geteilt wird“. Gerrig betont, dass die Unterscheidung zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit nicht in absoluten Werten vorgenommen werden kann. Vielmehr handelt es sich bei psychischen Störungen um ein Kontinuum, das sich zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung bewegt (S. 551-552). Durch psychische Störungen werden Emotionen, Verhalten oder Denkprozesse eines Individuums beeinträchtigt, was zu einem persönlichen Leidensdruck oder dem Nicht-Erreichen von Zielen einer Person führen kann (S. 550). Waller (2007) bezeichnet psychische Störungen als Störungen des Denkens, Fühlens, Wahrnehmens, Erinnerns, Wollens oder anderen psychischen Fähigkeiten, die sich auf das Verhalten und die Beziehungen zu sich oder zu anderen auswirken (S. 217). Überordnend kann man sagen, dass eine psychische Störung einen subjektiven Leidensdruck der betroffenen Person sowie ein Leiden der Mitmenschen mit sich zieht und sich stets auf einem Kontinuum zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung bewegt. Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, zeigen dabei oftmals ein Verhalten, das sich ausserhalb der gesellschaftlichen Norm befindet.

### 1.3.2.2 Häufige Diagnosen

Die Ergebnisse einer Studie von Weber, Schaub, Bumann und Schacher (2015) über den Schweizer Massnahmenvollzug zeigen auf, welche psychischen Störungen bei Straffälligen am meisten diagnostiziert werden und einen direkten Einfluss auf das begangene Delikt haben. In dieser Studie werteten Weber et al. die Daten von 75 Straftätern und Straftäterinnen im schweizerischen Massnahmenvollzug gemäss Art. 59 StGB aus. Von den untersuchten Personen wiesen 43 eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung auf. In 35 Fällen lag die Diagnose einer psychischen Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen vor und bei 29 Fällen handelte es sich um Schizophrenie oder schizotype bzw. wahnhaftige Störungen (S. 51).



## Massnahmenvollzug

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Müller und Saimieh (2017). So bezeichnen sie insbesondere Schizophrenie, bipolare affektive Störungen, organische einschliesslich symptomatische psychische Störungen, Intelligenzminderung, Störungen durch psychotrope Substanzen und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als forensisch relevante Störungsbilder (S. 18-22).

In der Justizvollzugsanstalt St. Johannsen litten von den 80 Eingewiesenen, per 31.12.2016, 52 Personen an einer Persönlichkeitsstörung, 34 an einer Substanzabhängigkeit, 26 an Pädophilie, bei 8 lag die Diagnose von Schizophrenen Formenkreisen vor, 8 wiesen eine verminderte Intelligenz vor und 6 waren an einem ADHS erkrankt. Bei mehreren Straffälligen lag auch eine Doppeldiagnose vor (Baartz, 2016, S. 14).

Gemäss Norbert Leygraf und Dieter Seifert (1997) leiden 50 Prozent der im deutschen Massregelvollzug untergebrachten Personen an einer Persönlichkeitsstörung (zitiert nach Frädrich und Pfäfflin, 2000, S. 95). Frädrich und Pfäfflin stellten die Hypothese auf, dass das Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen auch im offenen Strafvollzug etwa ähnlich hoch ausfalle (S. 96). Die Ergebnisse einer Stichprobe an 90 Strafgefangenen in einer offenen Vollzugsanstalt bestätigten diese Hypothese. Bei 50 Prozent der untersuchten Probanden und Probandinnen lag eine Persönlichkeitsstörung vor. Besonders hoch war der prozentuale Anteil bei Straftaten gegen Leib und Leben (78 Prozent) und Strassenverkehrsdelikten (71 Prozent). Dabei war die am häufigsten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Auch bei 63 Prozent der Sexualstraftäter und Sexualstraftäterinnen konnte eine Persönlichkeitsstörung festgestellt werden, jedoch waren davon nur 25 Prozent von einer antisozialen Persönlichkeitsstörung betroffen. Demgegenüber konnte nur bei 22 Prozent der Rechtsbrecher und Rechtsbrecherinnen, die gegen das Betäubungsmittelgesetz verstossen hatten, eine Persönlichkeitsstörung festgestellt werden (S. 95-96).

### **1.3.2.3 Die dissoziale Persönlichkeitsstörung**

Allgemein handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen um Störungen, die den Charakter eines Menschen betreffen (Finzen & Hoffmann Richter, 2008, S. 51). Dabei sind durch die schwere Störung von Charakter und Verhalten mehrere Bereiche der Persönlichkeit betroffen (Knecht, 2009, S. 26). Gemäss ICD-10, dem „International Classification of Diseases“ (dem internationalen Klassifizierungssystem von Krankheiten), müssen für die meisten Diagnosen der verschiedenen Persönlichkeitsstörung mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein (Dilling, Mombour & Schmid, 2014, S. 276-277):

1. „Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.

## Massnahmenvollzug

2. Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu einem deutlichen subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens, aber nicht stets, mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden“

Die Erfassung und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen ist insofern notwendig, als davon ausgegangen wird, dass sie einen grossen Einfluss auf den Verlauf, die Rückfallrate, die Behandelbarkeit und die Heilungschancen von delinquenten Menschen hat. Insbesondere im forensischen Bereich ist den dissozial gestörten Persönlichkeiten Beachtung zu schenken (Kornberger & Wohlmann-Kreuch, 2008, S. 153). Wie aus den Studien hervorgeht, gehört die antisoziale (gemäss DSM-IV) oder dissoziale (gemäss ICD-10) Persönlichkeitsstörung zu den am häufigsten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen bei Personen mit Delikthintergrund. Persönlichkeiten, die dissozial gestört sind, legen oftmals Verhalten an den Tag, welches soziale Normen und die Rechte von Dritten verletzen (Gerrig, 2016, S. 589). Sie haben eine hohe Tendenz zu Gewalttätigkeit und delinquentem Verhalten, weshalb sie gemäss Steinbach, Hässig, Kohle und Ermer (2009) eine hohe Gefahr für die Gesellschaft darstellen (S. 124). Rücksichtslosigkeit, Verantwortungslosigkeit, Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen, geringe Frustrationstoleranz und Aggressivität sind charakteristisch für diese Persönlichkeitsstörungen. Des Weiteren haben Personen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung Mühe, längerfristige Beziehungen zu führen, sind gegenüber ihren Mitmenschen gefühllos, empfinden kein Schuldbewusstsein und demnach auch keine Reue. Sie neigen dazu, andere zu beschuldigen und gleichzeitig das eigene Verhalten zu rationalisieren (Dilling, Mombour & Schmid, 2014, S. 279). Doch auffällig ist nicht nur das verletzende Verhalten den Mitmenschen gegenüber, sondern auch die mangelnde Sorge um sich selber (Steinbach, Hässig, Kohle und Ermer, 2009, S. 126). So bringt diese Persönlichkeitsstörung ein erhöhtes Suizidrisiko mit sich, was laut Gerrig (2016) in Zusammenhang mit der hohen Impulsivität und dem fehlenden Sicherheitsbewusstsein stehen kann (S. 589).

### 1.3.3 Vollzug in geeigneten Anstalten

Art. 59 Abs. 2 StGB verlangt, dass der Vollzug von Massnahmen in einer geeigneten psychiatrischen Einrichtung oder einer Massnahmenvollzugseinrichtung stattfinden soll. Gemäss Abs. 3 kann eine Massnahme jedoch auch in einer geschlossenen Einrichtung oder Strafanstalt vollzogen werden, wenn ein hohes Risiko an Flucht- oder Rückfallgefahr besteht. Der Vollzug einer Massnahme in einer öffentlichen oder privaten psychiatrischen Klinik des Gesundheitswesens ist lediglich dann möglich, wenn keine Flucht- oder Gemeingefahr vorliegt und die Klinik eine angemessene Behandlung durchzuführen vermag. Psychiatrische Kliniken haben sich in den letzten Jahren vermehrt geöffnet, weshalb eine angemessene Behandlung von psychisch kranken Rechtsbrechern und Rechtsbrecherinnen nur selten möglich ist bzw. eingeschränkt wird. Aus diesem Grund gibt es spezialisierte Massnahmenvollzugseinrichtungen, die sich dieser Aufgabe annehmen. Die grösste und älteste Massnahmenvollzugseinrichtung der Schweiz ist die Justizvollzugsanstalt St. Johannsen im Kanton Bern. Ähnliche Einrichtungen sind die Justizvollzugsanstalt in Solothurn, das Massnahmenzentrum Bitzi in St. Gallen oder die forensisch-psychiatrische Abteilung der Zürcher Justizvollzugsanstalt Pöschwies (Baechthold et al. 2016, S. 302-304). Seit April 2014 gibt es in der französisch sprechenden Schweiz das Massnahmenzentrum Curabilis in Genf. Bis Ende 2013 wurden Massnahmen im Zentrum La Pâquerette innerhalb des Gefängnis Champ-Dollon in Genf vollzogen. Dieses Zentrum wurde jedoch geschlossen, nachdem die Sozialtherapeutin Adeline M. von einem Eingewiesenen auf einem Urlaub ermordet wurde (Tages Anzeiger, 2014). Für den Vollzug von Massnahmen an jungen Erwachsenen gemäss Art. 61 StGB stehen die Massnahmenzentren Arxhof in Basel, Uitikon in Zürich, Kalchrain im Thurgau und Parmont im Wallis zur Verfügung.

Eine wichtige Rolle in der Umsetzung von stationären therapeutischen Massnahmen in solchen Zentren kommt der Interdisziplinarität zu. Obwohl keine einheitliche Definition dieses Begriffes besteht, wird darunter allgemein die Nutzung von Ansätzen und Methoden unterschiedlicher Fachrichtungen verstanden. Notwendig wird Interdisziplinarität besonders in komplexen Situationen, in denen ein einzelner Wissenschaftsansatz nicht ausreicht, um Erklärungen zu finden (Vannini, 2012, S. 156). Auch im Massnahmenvollzug kommt der Interdisziplinarität eine wichtige Rolle zu. Die oftmals komplexen Lebensgeschichten der Eingewiesenen, ihre psychische Störung oder Abhängigkeit sowie die Delikte erfordern hohe Professionalität aus verschiedenen Fachbereichen. Zwei gute Beispiele für diese Interdisziplinarität sind die Massnahmenzentren St. Johannsen und Bitzi. Die Konzepte werden hier kurz aufgeführt.

## 1.3.3.1 Massnahmenzentrum Bitzi

Von grosser Bedeutung für die Interdisziplinarität im Massnahmenzentrum Bitzi (MZB) ist das 4-Säulen-Modell. Den vier Bereichen Soziale Integration, Berufliche Integration, Sicherheit und Forensische Therapie wird allen dieselbe Bedeutung zugeschrieben, was dazu führt, dass bei Entscheidungen über Vollzugsschritte alle beteiligt sind (Vannini, 2012, S. 59). Um zum Integrationsprozess der Insassen beizutragen, liefert jede der vier Säulen einen bestimmten Blickwinkel (Amt für Justizvollzug Massnahmenzentrum Bitzi, 2017, S. 1).

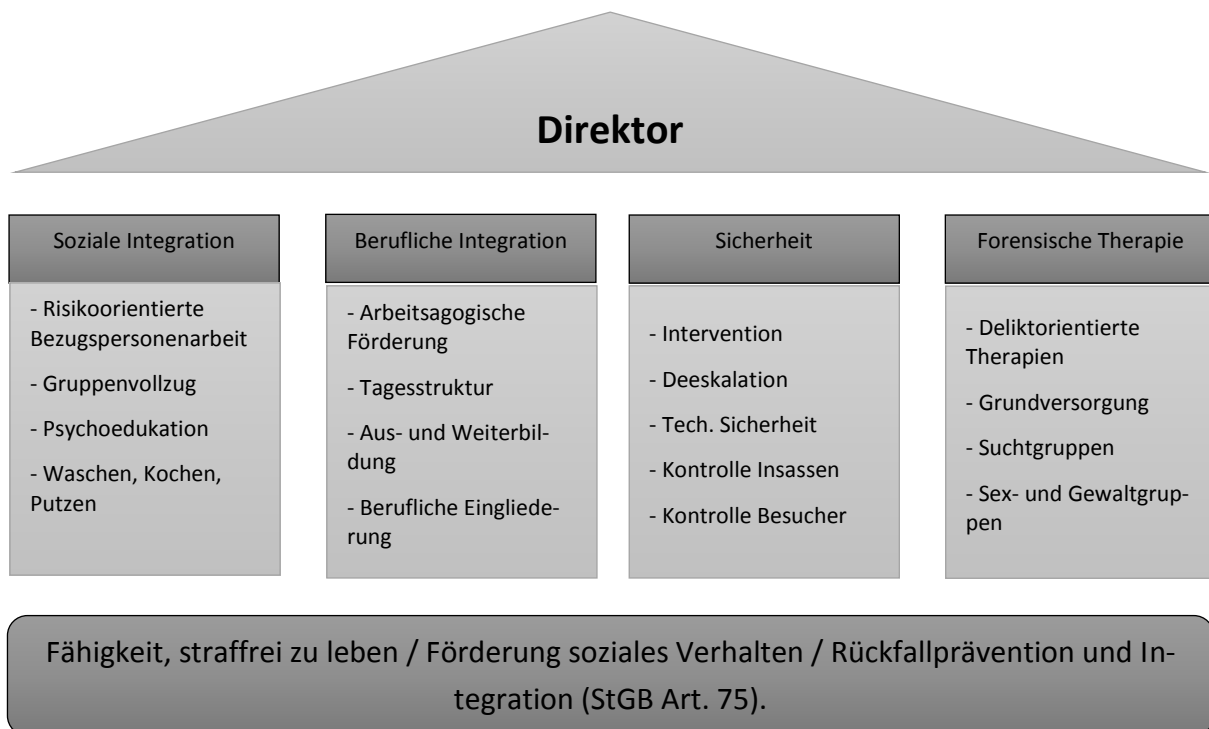


Abbildung 1. Das 4-Säulen-Modell im MZB. Nach Vannini, 2012, S. 160.

Wie in Abbildung 1 ersichtlich, ergeben sich für die vier Disziplinen verschiedene Aufgabebereiche, welche sich auf die Vollzugsgrundsätzen aus Art. 75 StGB stützen. Im Konzept der Sozialen Integration des Bitzis (2017) ist festgehalten, dass diese ihren Hauptfokus auf die direkte Zusammenarbeit mit den einzelnen Insassen und auf das alltägliche Mitleben im Gruppenvollzug legt. Dabei verfolgt die Soziale Integration das Ziel, die Insassen auf dem Weg in die soziale Wiedereingliederung und zu einem deliktfreien Leben zu begleiten und zu unterstützen. Die Gestaltung des Alltags in den Wohngruppen orientiert sich am Normalitätsprinzip. Als Grundwerte der milieuthérapeutischen Prozesse gelten Achtsamkeit, Wertschätzung und Respekt, Ehrlichkeit, Offenheit und Gewaltfreiheit. Im Rahmen der Wohngruppen sollen Beziehungs-, Bündnis-, Einordnungs- und Gesellschaftsfähigkeit trainiert werden. Eine wichtige Rolle im Behandlungsprozess wird bestehenden familiären und partnerschaftlichen Beziehungen zugesprochen (S. 1-2).

Aussergewöhnlich im Massnahmenzentrum Bitzi ist, dass die Forensische Therapie nicht direkt innerhalb der Institution angesiedelt ist, sondern über Leistungsverträge von der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Wil eingekauft wird (Vannini, 2012, S. 158).

### 1.3.3.2 Justizvollzugsanstalt St. Johannsen

Ein ähnliches Modell wie im Massnahmenzentrum Bitzi, findet man im grössten Massnahmenzentrum der Schweiz wieder. Damit ein ganzheitliches und aktualisiertes Bild der Eingewiesenen und deren Entwicklungsmöglichkeiten gemacht werden kann, beruht das Behandlungskonzept der Justizvollzugsanstalt St. Johannsen auf der Vernetzung von Soziotherapie, Psychotherapie und Arbeitsagogik (Baechthold et al., 2016, S. 306). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der drei Säulen ermöglicht, nebst der differenzierten Sichtweise auf die Eingewiesenen, auch die frühzeitige Erkennung von Gefahren und Rückfällen (Stuber, 2014, S. 5).

Die **Soziotherapie** ist für die Begleitung im Vollzugsalltag und in der Freizeit der Eingewiesenen zuständig. Die persönliche Bezugsperson der Soziotherapie übernimmt in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den Bereichen Psychotherapie und Arbeitsagogik die Fallkoordination. Die Schwerpunkte der Soziotherapie liegen im Erhalten, Fördern und Trainieren von sozialen Kompetenzen. Neue Lebensziele und Wertehaltungen sollen hier entwickelt und umgesetzt werden. Im Vollzugsalltag soll eine Möglichkeit geboten werden, um die gewonnenen Erkenntnisse aus der Psychotherapie anzuwenden. Ein wichtiges Instrument, dessen sich die Soziotherapie bedient, ist die professionelle Beziehungsarbeit, durch welche die Eingewiesenen immer mehr in der Lage sein sollen, „sich selber in Beziehungen zu anderen Menschen besser zu verstehen und ihre neuen Wertehaltungen anzuwenden“ (JVA St. Johannsen, 2014, S. 11).

Der **Psychiatrisch-Psychologische Dienst** (PPD) ist zuständig für die psychotherapeutische und falls notwendig die psychopharmakologische Behandlung der Eingewiesenen. Durch die Behandlung soll die Legalprognose verbessert werden. Dabei stützt der PPD sich mehrheitlich auf deliktorientierte und störungsorientierte Behandlungsformen. Die Therapien finden in Einzelbehandlung sowie auch in Gruppentherapien statt (Baartz, 2016, S. 14).

Die **Arbeitsagogik** ist zuständig für die Begleitung der Eingewiesenen bei der Ausübung ihrer Arbeit. Sie verfolgt das Ziel der Vorbereitung auf die Arbeitswelt nach dem Vollzug. In der Arbeitsagogik werden auch interne Lehrgänge, Anlehren und Volllehren angeboten, um die Eingewiesenen bestmöglich vorzubereiten (JVA St. Johannsen, 2014, S. 14-15).

### 1.4 Soziale Arbeit im Justizvollzug

Wie bereits erwähnt, nimmt die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Massnahmenvollzugsanstalten einen wichtigen Stellenwert ein. Die verschiedenen Disziplinen nehmen dabei unterschiedliche Aufgaben wahr. Für die Förderung der Sozialen Integrationsfähigkeit werden nicht selten, nebst anderen Professionen mit einem ähnlichen Professionsverständnis, Sozialarbeitende angestellt. In diesem Kapitel wird dargelegt, wie sich die Soziale Arbeit dieses Tätigkeitsfeld erschlossen hat und welchen Auftrag sie innerhalb von Justizvollzugsanstalten wahrnimmt.

Während langer Zeit galt der Justizvollzug nicht als ein Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit. Erst in den zwanziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts gewann die Soziale Arbeit im Rahmen des Justizvollzugs an Bedeutung. Zu dieser Zeit wurden erstmals soziale Gesichtspunkte im Vollzug von Strafen berücksichtigt (Maelicke & Simmedinger, 1987, S. 18). Als staatliche Veranstaltung wurde die Soziale Arbeit in diesen Jahren in Verbindung mit dem Strafvollzug konzipiert und nur sehr rudimentär beschrieben (Ortner & Wetter, 1980, S. 12). In den sechziger Jahren fand man vereinzelt Sozialarbeitende, deren Aufgaben sich rein auf die Ausstellung von Entlassungspapieren beschränkten. Allenfalls halfen sie dabei, eine Arbeitsstelle für die Entlassenen zu finden (S. 11).

In Deutschland entwickelte sich der Strafvollzug in den sechziger bis siebziger Jahren in Richtung Sozialtherapie. In der Schweiz dagegen konzentrierte man sich seit Mitte der siebziger Jahre mehr und mehr auf Vollzugskonzepte mit einer sozialpädagogischen Orientierung. Als Folge davon wurde beispielsweise der betreuungsorientierte Gruppenvollzug in einigen Anstalten umgesetzt (Schneeberger Georgescu, 1996, S. 11). Gemäss Gratz (2010) entwickelte sich die Soziale Arbeit „im aktuellen professionellen Sinne“ im Strafvollzug erst zu dieser Zeit. In dieser Phase wurde der Strafvollzug kritisch hinterfragt (S. 283) und der Resozialisierungsgedanke erlebte – wie in Kapitel 3.1 dargelegt – im Vollzug einen grossen Aufschwung. Nach und nach musste die Soziale Arbeit nicht mehr um ihre Existenz im Vollzugssystem kämpfen. Vielmehr ging man bis ins Jahr 2000 wiederholt der Frage nach, wie sie konkret ausgestaltet werden soll. Es kam zu positiven Entwicklungen wie dem Ausbau des Freiganges oder der Nachbehandlung und Nachbetreuung. Trotz den aktuellen Forderungen nach einem restriktiveren Strafvollzug (Luginbühl & Queloz, 2009, S. V) konnte sich die Soziale Arbeit mittlerweile ihren Platz im schweizerischen Justizvollzug sichern. Heute ist ein moderner, betreuungsorientierter Straf- und Massnahmenvollzug ohne Soziale Angebote nur noch schwer vorstellbar (Luginbühl, 2007, S. 1). So besitzen heute die meisten Strafanstalten einen internen Sozialdienst (Baechthold et al., 2016, S. 257). Gemäss dem Bundesamt für Statistik umfassten im Jahr 2014 die Vollzugseinrichtungen des Straf- und

Massnahmenvollzugs 4102 Vollzeitstellen. Von diesen Stellen wurden 13 Prozent von Fachpersonen aus den Bereichen Sozialarbeit und Bildung belegt (zitiert nach Baechthold et al., 2016, S. 76).

Doch weshalb braucht es die Soziale Arbeit im Straf- und Massnahmenvollzug? Dieser Frage nach einer Legitimation soll im nächsten Unterkapitel nachgegangen werden.

### 1.4.1 Straf- und Massnahmenvollzug als Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit

Dietziger und Roth (n.d.) schreiben, dass Soziale Arbeit dort aktiv wird und ihren Auftrag wahrnimmt, „wo niemand mehr hinschaut oder hinschauen will und wo trotzdem immer wieder Räume für Menschlichkeit und echte Hilfestellungen entstehen“. In ihrer Funktion soll Soziale Arbeit genau dort Hilfe leisten, damit eine Bewältigung von schwierigsten Lebenssituationen gelingt. Gerade in widersprüchlichen Situationen handelt sie situativ, was ihr einen menschlichen Charakter verleiht (S. 2). Auch Maelicke und Simmedinger (1987) schreiben der Sozialen Arbeit ähnliche Eigenschaften zu. Gemäss ihrem Verständnis handelt sie dort, „wo soziale Schäden entstehen, wo Personen oder Gruppen benachteiligt, deklassiert, ausgegrenzt werden“ (S. 17). Anders ausgedrückt, wird Soziale Arbeit dort tätig, wo sich soziale Randgruppen bilden. Nickolai und Reindl (2001) verstehen straffällig gewordene Menschen als eben solche Randgruppe, denen ein sozialer Ausschluss droht (S. 7). Gerade weil die Täter und Täterinnen während und nach dem Strafverfahren durch diesen Ausschluss aus der Gesellschaft, „soziale Schäden“ erleiden, gehören sie zum Klientel der Sozialen Arbeit (Maelicke & Simmedinger, 1987, S. 17). Die Soziale Arbeit übernimmt hier eine Anwaltsfunktion für ihre Klientel (Kawamura, 2001, S. 29) und orientiert sich dabei an der Resozialisierung und Partizipation (S. 31). So wirkt das Betreuungspersonal auf sozialpädagogischen Grundlagen an den Resozialisierungsbemühungen mit (Schneeberger Georgescu, 1996, S. 12). Dies ist ganz im Sinne des Resozialisierungsziels des Strafvollzugs, welches in Art. 75 StGB festgehalten ist.

Ein weiterer Grund, weshalb Soziale Arbeit zwingend im Straf- und Massnahmenvollzugs tätig sein soll, ergibt sich aus der in Art. 74 StGB geforderten Achtung der Menschenwürde. Die Soziale Arbeit versteht sich selbst als Menschenrechtsprofession (Dietziger & Roth, n.d., S. 2) In der Definition der Sozialen Arbeit von der International Federation of Social Workers (IFSW) wird festgehalten, dass die Prinzipien der Menschenrechte als Fundament für die Soziale Arbeit gelten (Avenir Social, n.d., S. 1). In Bezug auf ihre anwaltschaftliche Funktion, soll sie sich dementsprechend im Rahmen des Justizvollzugs dafür stark machen, dass die Menschenrechte geachtet und durchgesetzt werden. Soziale Arbeit gilt daher als wichtiger Faktor für einen menschengerechten Strafvollzug (Gratz, 2010, S. 291).

### 1.4.2 Auftrag und Aufgabe

Gemäss Mayer (2015) deckt die Profession der Sozialen Arbeit das breiteste Aufgabenspektrum innerhalb des Justizvollzugs ab (S. 151). Ihr wird die spezielle Verantwortung zuteil, die soziale Integrationsfähigkeit ihrer Klientel zu fördern und zu bewahren, auch wenn sich deren Auswirkung im gesellschaftlichen Alltag erst in ferner Zukunft zeigen kann, nämlich bei der bedingten Entlassung (Dietziger & Roth, n.d., S. 1). Scherr (2001) sieht den Auftrag der Sozialen Arbeit in der Kriminalprävention (46). Um diesem Auftrag gerecht zu werden, nimmt sie unterschiedlichste Aufgaben wahr. So übernimmt ein anstaltsinterner Sozialdienst zusätzlich zu den Aufgaben, die auch von einem normalen Gemeindesozialdienst übernommen werden, auch vollzugsbezogene Aufgaben (Baechthold et al., 2016, S. 257). Dazu gehören die Bearbeitung von deliktspezifischen Faktoren, die Risikoeinschätzung, die Erarbeitung und Umsetzung eines Vollzugsplanes, Unterstützung für Alltagsbewältigung, sowie die Vermittlung und Förderung von Alltagskompetenzen (Erb, 2009, S. 144). Innerhalb der Anstalt sollen Sozialarbeitende am Alltag der Eingewiesenen teilnehmen, ihnen interne Abläufe erklären, Freizeitangebote fördern und leiten, Hilfestellung im Zusammenleben mit anderen Eingewiesenen leisten und auf die herrschenden Umgangsformen einwirken. In Bezug auf die Umgangsform übernehmen sie eine Vorbildrolle. Als Bezugsperson von einzelnen Eingewiesenen führen Sozialarbeitende Einzelgespräche, bieten sich bei Problemen und Konfliktsituationen als Gesprächspartner, Gesprächspartnerin an, begleiten die ihnen zugeteilten Eingewiesenen auf Urlaube, beobachten Auffälligkeiten im Verhalten, melden diese bei zuständigen Fachdiensten und vieles mehr (Luginbühl, 2007, S. 2). Nicht zu vergessen ist der Kontakt mit den zuständigen Behörden. Laut Mayer (2015) arbeitet die Soziale Arbeit im Massnahmenvollzug anhand sozialpädagogischer, arbeitsagogischer und milieu- bzw. sozialtherapeutischer Konzepte bei der Erreichung der Vollzugsziele mit (S. 167). Die Liste der Aufgaben, die von der Sozialen Arbeit im Straf- und Massnahmenvollzug wahrgenommen werden, ist hier nicht abschliessend aufgeführt. Die Aufzählung soll jedoch Einblick in das vielfältige Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit im Straf- und Massnahmenvollzug geben sowie die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Vollzugssystem aufzeigen.



## 2 Soziotherapie

Nachdem im vorangegangenen Kapitel der Massnahmenvollzug vorgestellt wurde und man sich dadurch ein besseres Bild des für diese Arbeit relevanten Kontextes machen kann, geht es in diesem Kapitel nun um den zweiten wichtigen Begriff – um die *Soziotherapie*.

### 2.1 Begriffsbestimmung

Soziotherapie ist ein breit eingesetztes und dennoch relativ unbekanntes Konstrukt, weshalb eine anfängliche Begriffsbestimmung unumgänglich ist. In der Literatur wird mehrfach darauf verwiesen, dass dies kein einfaches Unterfangen ist. So wird laut Schwendter (2000) bereits in den Ausführungen zu einem deutschen Ausbaustudiengang für Soziale Therapie betont, dass Erläuterungen zur Begrifflichkeit sowie zu Inhalten von Soziotherapie immer nur als „Anrisse (. . .) unter dem Vorbehalt der Unfertigkeit“ zu verstehen sind (S. 7). Dörner et al. (2002) beschreiben die Verwendung des Begriffs als „unterschiedlich, fast beliebig“ (S. 557) und Pauls und Hahn (2015) weisen darauf hin, dass sich die Bandbreite an Auffassungen auch in den unterschiedlichen Schreibweisen – als Soziotherapie, Sozialtherapie, Soziale Therapie, Soziale Psychotherapie<sup>5</sup>– ausdrückt (S. 29). Den Grund für die fehlende allgemeingültige und fachübergreifende Definition sieht Knoll (2000) in der fehlenden wissenschaftlichen Begründung einer soziotherapeutischen Methodik (S. 63). Die Unbestimmtheit und die scheinbare Begriffsverwirrung führen zur Frage: Was ist denn nun Soziotherapie?

Soziotherapie setzt sich aus den Bestandteilen *Sozio* und *Therapie* zusammen. *Sozio* stammt vom lateinischen *socius* ab, was ein Bestimmungswort für gesellschaftlich ist bzw. dafür steht, dass etwas die Gesellschaft oder eine andere soziale Gruppe betrifft (Dudenredaktion, n. d.). Das altgriechische Wort *therapeia* bedeutet *Dienst, Pflege, Heilung* und davon abgeleitet steht *Therapie* für *(Heil-)Behandlung* (Academic, 2012). Evident wird demnach, dass es sich bei der Soziotherapie um eine Behandlung handelt, welche etwas mit dem Gesellschaftlichen zu tun hat.

Gemäss Steingass et al. (2000) sind die ersten gezielten Betreuungsmassnahmen, welche unter diesem Begriff zu subsumieren sind, ca. 200 Jahre alt (S. 14). Seither wurden immer

---

<sup>5</sup> Soziotherapie, Sozialtherapie und Soziale Therapie werden im folgenden Synonym verwendet, da sie nicht klar voneinander abgrenzbar sind (vgl. Schwendter, 2000, S. 7).

## Soziotherapie

wieder neue Definitionen formuliert. Laut Elias Salomon (1926) bedeutet Sozialtherapie „daß sich die Befindlichkeit von Patienten und Patientinnen verbessert, wenn sich das soziale Umfeld ändert“ (zitiert nach Schwendter, 2000, S. 7). Bereits dieser frühen Definition kann ein wichtiger Aspekt der Soziotherapie entnommen werden und zwar der, der *sozialen Ätiologie*. Darunter fasst man das Verständnis, dass Faktoren der sozialen Umwelt Einfluss auf die Gesundheit bzw. auf die Krankheit des Individuums nehmen und diese mitverursachen, aufrechterhalten, aber auch zu einer Verbesserung beitragen können. Die Aufgabe der Soziotherapie ist es dementsprechend, den Blick nicht ausschliesslich auf das Individuum und sein Leiden zu richten, sondern zusätzlich auch auf Umweltfaktoren. Viktor von Weizsäcker (1947) beschreibt Sozialtherapie folgendermassen: „(. . .) In ihr wird die soziale Mitwelt (. . .) gezielt beeinflusst und verändert, um damit dem psychischen und psychosomatisch kranken Menschen zu helfen (. . .)“ (zitiert nach Schwendter, 2000, S. 7). Soziotherapie erkennt dementsprechend den Zusammenhang zwischen Individuum und Umwelt nicht nur, sondern führt eine gezielte *soziale Intervention* durch. Die soziale Intervention ist auf verursachende Faktoren, gemäss Pauls und Stockmann (2013) aber auch auf die sozialen Folgen der Krankheit ausgerichtet, welche aufrechterhaltend oder verschlimmernd wirken können. Ihnen zufolge geht es bei soziotherapeutischen Interventionen darum, Passungsprobleme in der Person-Umwelt-Transaktion zu behandeln. Dies geschehe auf dreifache Weise, indem eine innerpsychische Veränderung, eine Veränderung der Umwelt sowie eine Modifikation der Interaktionsprozesse zwischen Person und Umwelt angestrebt werde (S. 17).

*„Sozialtherapie ist (. . .) eine eher der Person zugewandte Form der Bearbeitung sozialer Probleme, wobei dabei nicht die Umwelt bzw. das Umfeld der Person ausser Acht gerät. Es ist geradezu das Kennzeichen der Sozialtherapie, dass sie einerseits die Person in ihren Lebensführungskompetenzen stärken und befähigen will, andererseits aber genauso die Umfeldvariablen dieser Lebensführung, z. B. die Wohn-, Arbeits- oder Beziehungsfaktoren, berücksichtigt (. . .).“* (Röh, Ortmann & Ansen, zitiert nach Pauls & Hahn, 2015, S. 30).

Der Alltag ist ein Ort, an dem die im Zitat von Röh, Ortmann und Ansen erwähnten Lebensführungskompetenzen einer Person, wie auch die Umfeldvariablen der Lebensführung sichtbar werden. Nebst der sozialen Ätiologie und der sozialen Intervention spielt in der Soziotherapie laut Schwendter (2000) deshalb auch das *Alltagsleben* eine wichtige Rolle (S. 8).

Bis hin zu diesem Punkt ist man sich in der Literatur weitgehend einig. Die Differenzen beginnen erst bei der Frage, was nun konkret unter dieser alltagsorientierten Form der Behandlung, welche den sozialen Zusammenhang von Leiden betrachtet und in diesem interveniert, zu verstehen ist. Ob es nun eine praktische therapeutische Tätigkeit und somit eine spezifische Leistung (z. B. Soziotherapie nach § 37a des Sozialgesetzbuch Deutschland, Gruppentherapie mit schizophren Erkrankten), eine psychotherapeutische Massnahme, eine auf

## Soziotherapie

verschiedene Arten einsetzbare Methode bzw. Technik, ein Oberbegriff für alle in der Psychiatrie angewandten Methoden der Sozialen Arbeit, eine interdisziplinäre Behandlung in ambulanten oder stationären Gemeinschaften oder nur ein Teilbereich einer interdisziplinären Behandlung ist – darüber ist man sich nicht einig (vgl. Schönherr, 2003, S. 6-13).

Knoll (2000) versucht die verschiedenen Verständnisse grob in Soziotherapie als *allgemeines Handlungskonzept* und als *spezifische Behandlungsmethode* zu gliedern – wobei sich seiner Meinung nach die beiden Dimensionen nicht widersprechen (S. 68).

Bei ersterem Verständnis handelt es sich um ein integrierendes Handlungskonzept, das sozialarbeiterische und psychologische bzw. therapeutisch wirksame Interventionen miteinander verbindet. Zentral dabei sind das zuvor kurz beschriebene soziotherapeutische Denken sowie die Idee der Multiprofessionalität. Soziotherapie als allgemeines Handlungskonzept wird demnach von verschiedenen sozialen Berufen ausgeführt und kann verschiedene Behandlungsformen umfassen (S. 65-66).

Soziotherapie als spezifische Behandlungsmethode hat dasselbe multiperspektivische Verständnis zur Grundlage, steht aber für ein Vorgehen, welches auf ein Behandlungsziel im konkreten Einzelfall ausgerichtet ist. Als dritte sozialpsychiatrische Behandlungsmethode therapiert Soziotherapie demnach eine Person in ihrer sozialen Umgebung und will sie dazu befähigen, Konflikte selbständig zu lösen und ihr Leben möglichst eigenständig zu gestalten (S. 67).

Wird in dieser Arbeit von Soziotherapie gesprochen, ist darunter grundsätzlich letztere Auffassung zu verstehen, das heisst – wie Kehlenbeck (2017) es ausdrückt – ein spezifisches „planmäßiges multiperspektivisches, zielgerichtetes und methodisches Vorgehen auf Grundlage des biopsychosozialen Modells.“ (S. 468).

### 2.1.1 Der Therapie-Begriff

Unstimmigkeiten oder Verwirrung löst teilweise auch das Begriffselement „Therapie“ aus. Laut Pauls und Stockmann (2013) wird der Therapiebegriff oft zu eng mit der Psychotherapie assoziiert (S. 15). Auch im Fachlexikon der Sozialen Arbeit wird dies bestätigt. Darin wird ausgeführt, dass Therapie in der Regel mit Psychotherapie gleichgesetzt wird (Gahleitner & Pauls, 2017, S. 911). „Therapie“ im eigentlichen Sinne beinhaltet aber alle Massnahmen zur Behandlung einer Krankheit, mit dem Ziel der Beseitigung der Krankheitsursachen oder der Krankheitssymptome (DocCheck, 2017). Als übergeordnetes Ziel von Therapien gilt die möglichst vollständige Wiederherstellung der physischen und psychischen Gesundheit.

Eine Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit wird auch durch die Soziotherapie angestrebt. Soziotherapie existiert, weil davon ausgegangen wird, dass durch Behandlungsansätze im sozialen Umfeld, psychische Krankheiten behandelt werden können

## Soziotherapie

(Friboes, 2004, S. 349) und dass somit durch diese Form von Therapie eine Verbesserung der Lebenssituation von biopsychosozial beeinträchtigten Menschen bewirkt wird. Die Wirksamkeitsforschung von soziotherapeutischen Interventionen, welche dies belegen und die Soziotherapie auch gegenüber anderen Behandlungsformen legitimieren könnte, ist bis heute sehr beschränkt. Es existieren einige Forschungsarbeiten, die aber meistens ein spezifisches Soziotherapeutisches Angebot untersuchen – z. B. eine Langzeitstudie aus Rwanda zu einem ambulanten Soziotherapieangebot (Verduin, Smid, Wind & Scholte, 2014). Gut belegt ist hingegen, dass der soziale Aspekt einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit von Menschen nimmt<sup>6</sup>. Aus diesem Grund wird eine Behandlung dieses Aspekts als relevant erachtet. Laut Knoll (2000) wirkt Soziotherapie wie auch andere Therapien präventiv, kurativ, nachsorgend und rehabilitativ (S. 67).

Als Herausforderung der Sozialtherapie beschreibt Peter Sommerfeld, die Gegenstandsbestimmung des „Sozialen“, welches durch sie behandelt werden soll – analog zum „Psychischen“ in der Psychotherapie, bzw. zum „Somatischen“ oder „Körper“ in der Medizin (zitiert nach Pauls & Stockmann, 2013, S. 13). Dies könnte die Skepsis vieler Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen an der Verwendung des Therapiebegriffs im Rahmen der Soziotherapie fördern, welche kritisieren, dass diese Bezeichnung nur verwendet werden sollte, wenn die Soziotherapie die Kriterien eines modifizierten medizinischen Therapiebegriffs zumindest annähernd erfüllt (Veltin Alexander, zitiert nach Knoll, 2000, S. 64). Hierbei stellt sich die Frage: Welches sind diese Kriterien?

Bartmann (1989) hat folgende Kriterien eines wissenschaftlichen Therapiebegriffs definiert:

1. Eines oder mehrere definierte zu behandelnde Krankheitsbilder
2. Ein präzisiertes Anwendungsschema der Therapie
3. Empirische Belege für die Wirksamkeit der Behandlung
4. Eine wissenschaftlich fundierte Theorie über den Wirkungsmechanismus der Behandlung
5. Die Festlegung der Qualifikation derjenigen, die diese Therapie ausüben wollen
6. Die Befähigung des Patienten sich langfristig selbst helfen zu können
7. Die Präzisierung von Kontraindikationen
8. Die Kontrolle unerwünschter Nebenwirkungen

*Abbildung 2.* Kriterien eines wissenschaftlichen Therapiebegriffs, vgl. Schüler, 2014, S. 284-285.

---

<sup>6</sup> Mehr dazu unter Kapitel 3.6.1

## Soziotherapie

In Anbetracht dieser in Abbildung 2 dargestellten Kriterien ist die Kritik an der Verwendung des Therapiebegriffs in der Soziotherapie nicht ganz unbegründet, da mehrere dieser Kriterien noch nicht eindeutig bzw. nicht einheitlich beantwortet werden.

Das Begriffselement Therapie kann trotzdem als wichtig erachtet werden, weil es auf einen weiteren wichtigen Aspekt der Soziotherapie hinweist, nämlich auf die soziale Anamnese. Laut Schwendter (2000) bedarf jede Therapie, nebst der eigentlichen Intervention, einer Anamnese<sup>7</sup>, welche ihr vorangeht. Er beschreibt, dass Soziale Anamnese ohne Soziale Therapie überspitzt gesagt nur Soziologie, Ethnologie oder eine sozialwissenschaftliche Untersuchung ist – Soziale Therapie ohne Soziale Anamnese jedoch nur gewöhnliche Sozialarbeit (S. 16). In der Anamnese wird durch den Therapeuten, die Therapeutin das Behandlungsbedürfnis der Klientel abgeklärt und die Indikation für die Therapie überprüft. Eine Indikation bzw. ein Grund für die Therapie, muss laut Northoff (2012) vorliegen, weil jede Therapie den Klienten, die Klientin unmittelbar betrifft und mit einem persönlichen, zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden ist (S. 182).

### 2.1.2 Abgrenzung zur Psychotherapie

Die Grenze der Soziotherapie zu anderen Therapieformen ist gemäss Schönherr (2003) fließend (S. 14). Insbesondere die Abgrenzung zur Psychotherapie ist nicht immer klar ersichtlich. So wird beispielsweise vom Deutschen Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie Soziotherapie als psychotherapeutisches Arbeiten mit Einzelnen, Familien, Gruppen und in Systemen definiert. Zudem wird erläutert, dass Soziotherapie keine eigene theoretische Basis hat und deshalb auf die Psychotherapie angewiesen ist (zitiert nach Binner & Ortman, 2015, S. 71). Davon ausgehend, dass Soziotherapie psychotherapeutisch ausgerichtet ist, bezeichnet Knoll (2000) sie als sozialarbeiterische Variante der Psychotherapie und somit als „Quasi-Psychotherapie“ (S. 74).

Versuche, eine Abgrenzung zu machen, wurden jedoch bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts unternommen. So wurde gemäss Dörner et al. (2002) der Psychotherapie der Auftrag zugeschrieben, die „Innenpolitik“ einer Person zu regeln und der Soziotherapie deren „Aussenpolitik“ (S. 558). Eine andere Möglichkeit einer Abgrenzung liegt darin, dass sich die Soziotherapie um das „Hier und Jetzt“ kümmert und Psychotherapie um das „Dort und Damals“ (Knoll, 2000, S. 74). Bosch (1967) bezeichnet Psychotherapie und Soziotherapie als „spiegelbildlich“. In der Psychotherapie wird das Auftauchen unbewusster

---

<sup>7</sup> Informationssammlung bezüglich eines Gesundheitszustandes und dessen Vorgeschichte (DocCheck, 2017).

## Soziotherapie

Mechanismen gefördert, weil davon ausgegangen wird, dass diese nur behandelt werden können, wenn sie verbal thematisiert werden (S. 119). Es wird dabei bewusst eine Wirklichkeitsentfremdung gemacht, damit frei von allem Druck und sozialen Normen das aufgearbeitet und ausprobiert werden kann, was sonst undenkbar wäre (Steingass, 2000, S. 17). Im Gegensatz dazu sollte die Soziotherapie realitätsnah sein und die Verbindung zur Aussenrealität der Institution herstellen (Bosch, 1967, S. 111). In der Soziotherapie werden pathologische Verhaltensweisen zwar bis zu einem gewissen Masse toleriert, aber nicht besonders beachtet. Stattdessen werden die Patienten und Patientinnen soweit als möglich wie „Gesunde“ behandelt (S. 119). Ähnlich sehen es Dörner et al. (2002). Ihnen zufolge ist es die Aufgabe der Soziotherapie Patienten und Patientinnen „mit den Aspekten des Allgemeinen und Gesunden, des Alltäglichen, des Normalen (wieder) anzufreunden“. Sie fügen an, dass – im Gegensatz zur Psychotherapie – in der Soziotherapie auf Abweichungen nicht immer eingegangen werden sollte. Vielmehr sollten die Patienten und Patientinnen lernen, nicht überall über ihre Beschwerden zu sprechen und dass es Situationen gibt, in denen sie „krank sein müssen“ und andere, in denen sie „gesund sein können“ (S. 560). Als weiteres Differenzierungsmerkmal nennt Schönherr (2003), dass sich Soziotherapie eher an soziale Randschichten richtet, während die Klientel der Psychotherapie mehrheitlich aus der Mittelschicht stammt (S. 15).

## 2.2 Entwicklung der Soziotherapie

### 2.2.1 Historische Herleitung

Die Einflüsse auf die Entstehung der Soziotherapie sind zahlreich. Die ersten erkennbaren Wurzeln liegen gemäss Steingass et al. (2000) am Ende des 18. Jahrhunderts, also im Zeitalter der Vernunft. In dieser Zeit fand in der Psychiatrie, welche nach und nach institutionalisiert wurde, ein Umdenken statt, weg von der stark repressiven hin zu einer humaneren Behandlung von Geisteskranken. Geprägt wurde dieser Umbruch von der Idee des „moral treatment“, welche besonders in England, Frankreich und den USA Anklang fand. Durch eine „menschliche“ Behandlung sollte demnach zur Stabilisierung von psychischen Störungen beigetragen werden (S. 14). Spätestens zu dieser Zeit tauchte auch der Begriff der Soziotherapie das erste Mal auf (vgl. Dörner et al., S. 556). Mit dem Florieren der moralischen Behandlung Anfang des 19. Jahrhunderts fanden Elemente der Soziotherapie – z. B. gemeinsame Beschäftigung, Bewegung und Spiele, die zu „Ruhe und geordnetem Tun“ führen sollten – Einzug in die psychiatrische Versorgung (David H. Clark, zitiert nach Schönherr, 2003, S. 4).

## Soziotherapie

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verbreitete sich die naturwissenschaftliche Sicht, was dazu führte, dass das medizinische Behandlungsmodell wieder vermehrt in den Vordergrund rückte (Steingass et al., 2000, S. 14).

Zentral für die Weiterentwicklung der soziotherapeutischen Theorie und Praxis war das Aufkommen der Sozialwissenschaften, insbesondere der Soziologie (S. 15) und dem damit verbundenen Interesse für gesellschaftliche Zusammenhänge. Im Jahr 1862 wurden vom Psychiater Wilhelm Griesinger erstmals psychosoziale Ursachen psychischer Krankheiten erkannt (Schönherr, 2003, S. 4). Es entstand folglich die Erkenntnis, dass psychisches Leiden auch durch die Gesellschaft mitverursacht wird und psychische Störungen die Antworten der Individuen auf gesellschaftliche Anforderungen sein können (Heiner Keupp, zitiert nach Schwendter, 2000, S. 20). Die Entwicklung der psychosozialen Praxis sei – Keupp zufolge – dann die gesellschaftliche Antwort auf dieses Leiden.

In den 1920er Jahren störte sich Hermann Simon daran, dass psychisch Kranke als körperlich krank galten, im Bett gehalten wurden und ihnen jegliches Gefühl der Verantwortung abgenommen wurde (Köhler, 2008, S. 43). Um dem entgegenzuwirken gründete er das Konzept der „Patientenarbeit“ als eine Form von Arbeitstherapie. Einfluss auf die Soziotherapie nahmen die darin enthaltenen Einstellungen, dass Patienten und Patientinnen nicht einfach „unzurechnungsfähige, und sozial unbrauchbare Kranke“ sind, sondern Fähigkeiten besitzen, Beschäftigung und Tätigkeit brauchen (S. 43), und zur Sozialität erzogen werden können (Schönherr, 2003, S. 5). In der Ressourcenorientierung, dem Miteinbezug der Patienten und Patientinnen sowie der Fokussierung auf die normalen und gesunden Anteile zeigt sich in soziotherapeutischen Interventionen noch heute eine ähnliche Ausrichtung.

Nachdem zwischen dem ersten und zweiten Weltkrieg in den meisten Psychiatrien keine soziotherapeutischen Behandlungen durchgeführt wurden, gewannen sie in der Nachkriegszeit wieder an Bedeutung. Soziotherapie wurde zu dieser Zeit mehr nach gesundem Menschenverstand statt nach einer wissenschaftlichen Basis praktiziert (Schönherr 2003, S. 5). Aus der Arbeit mit psychisch stark beeinträchtigten ehemaligen Soldaten entwickelte Tom Main, den Ausführungen Steingass et al. (2000) zufolge, in den 40er Jahren das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft (S. 15). Ziel dabei war es, eine Gemeinschaft zu schaffen, in der sich alle Mitglieder voll und gleichberechtigt am gemeinsamen Alltagsleben beteiligen können. In der kommunikativen und konfrontativen Auseinandersetzung mit dem, was sich zwischen den Mitgliedern der Gruppe abspielt, sollten alle Beteiligten Einsicht über sich selbst gewinnen können. Endziel war eine Resozialisation der psychisch erkrankten Menschen auf ein Leben in der normalen Gesellschaft. Das Modell verbreitete sich in den 60er und 70er Jahren, verlor sich danach aber wieder etwas (S. 16).

## Soziotherapie

An der Soziotherapie (insbesondere im stationären Bereich) hängengeblieben scheint davon das Ziel, auf das Leben ausserhalb der Institution vorzubereiten und die Intention, aus Geschehnissen im Alltag lernen zu wollen, das heisst die Gemeinschaft und das Hier und Jetzt als Lernfeld zu nutzen.

Erstmals offiziellen Einzug in die Psychiatrie hielt die Soziotherapie in Deutschland erst mit der Psychiatrie-Enquête von 1975. Darin wird die Sozialtherapie als dritte Behandlungsmethode neben der Psychotherapie und der medikamentösen Versorgung definiert (Knoll, 2000, S. 54). Laut Knoll wird diese dritte und neue Behandlungsmethode in der Enquête nur sehr dürftig ausgeführt und auch keiner bestimmten Berufsgruppe zugeordnet. Sie habe die Aufgabe sich um die Patienten und Patientinnen zu kümmern, für welche sich vorher niemand zuständig fühlte, und ein therapeutisches Klima zu schaffen, welches zur Aktivität und Kooperation anregt (S. 53-54). Obwohl mehrere der ansonsten in diesem Bericht formulierten Ansätze auch in der Schweiz Einfluss nahmen und Psychiatriereformen vorantrieben (vgl., Kuhl, 2008), blieb das Konzept der Sozialtherapie in der Schweizer Psychiatrie-Landschaft relativ unbeachtet. Bis heute hat sich die psychiatrische Soziotherapie in der Schweiz nicht etabliert.

Nebst dieser bisher ausgeführten, hauptsächlich von der Psychiatrie geprägten Herleitung, gab es auch noch weitere Strömungen, welche Einfluss auf die Entwicklung der Soziotherapie nahmen. So zählt Schwendter (2000) zusätzlich noch folgende – zumeist schon von Kornelia Stein-Menninkheim aufgegriffene – Quellen Sozialer Therapie auf: Die britischen Mental-Health-Zentren, die Selbsthilfebewegung in Deutschland, das Streben nach multifaktorieller Arbeit im psychosozialen Bereich, die neueren alternativen Bewegungen und die Kritik an den Methoden des Strafvollzugs (S. 9-10).

Von besonderem Interesse für diese Arbeit ist die Quelle des Strafvollzugs, die in den späten 60er und frühen 70er Jahren ihren Ursprung hat (S. 7). Laut Mauch und Mauch (1971) verstand man zu dieser Zeit unter Sozialtherapie im Strafvollzug eine besondere psychiatrische, psychologische und pädagogische Hilfestellung für erheblich rückfällige Straftäter, die bei ihnen den Willen und die Fähigkeit, straffrei zu leben, entwickeln soll. Behandelt werden sollten nur sozial Auffällige, die straffällig wurden und auf eine andere Weise nicht von „sozial-schädlichen Tun ablassen“ konnten. Konkret bestand die Sozialtherapie unter anderem aus der Einzeltherapie, Gruppenpädagogik, der selbstverantwortlichen Mitwirkung der Eingewiesenen am Resozialisierungsprozess, der Möglichkeit der freiwilligen Kastration sowie der medikamentösen Behandlung (S. 26-27). Die dahinterliegenden Konzepte waren *milieutherapeutisch* (z. B. Öffnung der Türen), *kontakttherapeutisch* (z. B. Gespräche über aktuelle Themen), *verhaltenstherapeutisch* (z. B. Verstärkung durch Lob), *beschäftigungstherapeutisch* (z. B. Berufsbildung) und *psychotherapeutisch* (z. B. Psychoanalyse) (S. 30).



Daraus wird ersichtlich, dass historisch gesehen unter Sozialtherapie im Kontext des Strafvollzugs nicht eine spezifische Behandlungsmethode verstanden wurde, sondern ein übergeordnetes, interdisziplinäres Handlungskonzept (vgl. Kapitel 3.1).

### 2.2.2 Therapeutische Soziale Arbeit

Ein weiteres wichtiges Standbein, welches die Entwicklung der Soziotherapie massgeblich geprägt hat, ist die therapeutische Soziale Arbeit, die heute hauptsächlich unter der Bezeichnung der „klinischen Sozialarbeit“ bekannt ist. Gestützt auf die Ausführungen Deloies (2011) wird dieses Standbein im Folgenden vorgestellt.

Die therapeutische, bzw. behandelnde Sozialarbeit begann sich ab Ende des 19. Jahrhunderts nach und nach auszubilden. Zu dieser Zeit wurden vermehrt Sozialarbeitende in Krankenhäusern angestellt, um sich um die soziale Situation der Patienten und Patientinnen zu kümmern. 1906 wurde Elizabeth Horton als erste hauptamtliche Sozialarbeiterin in einer psychiatrischen Klinik angestellt (S. 41). Damit wurde ein neues Feld der Sozialen Arbeit eröffnet, welches an Bedeutung zunahm und sich als neue Disziplin in der Behandlung psychischer Störungen etablierte (S. 42).

Methodisch wurde die therapeutische Soziale Arbeit stark geprägt durch Mary Richmond sowie Alice Salomon, die Richmonds Konzepte nach Deutschland brachte und weiter ausbaute. Das durch Richmond begründete methodische Vorgehen des *Social Casework* (Soziale Einzelfallhilfe) besteht aus den beiden Elementen der *Sozialen Diagnostik* und der *Sozialen Therapie* (S. 23). In ihrem 1917 veröffentlichten Lehrbuch „Social Diagnosis“ werden Sozialarbeitende von Richmond als Soziale Ärzte und Ärztinnen beschrieben, die versuchen soziale Krankheiten durch das Vorgehen einer Anamnese, Diagnose und Therapie zu heilen (S. 24). Die Bedeutsamkeit des Social Casework für die Soziotherapie liegt insbesondere in dessen Person-in-Environment Perspektive, welche die Person in ihrem Bezugsrahmen zur Umwelt betrachtet und darin therapiert. Zudem wurde in Richmonds Ansatz auf die Wichtigkeit eines wissenschaftlich fundierten Vorgehens sowie auf die Therapeut/Therapeutin-Klient/Klientin Beziehung verwiesen (S. 26). Das Social Casework, welches lange Zeit als dominierende Methode der Sozialen Arbeit galt, wurde von unterschiedlichen Schulen aufgegriffen, welche je ihren eigenen Beitrag zur Weiterentwicklung des Casework leisteten. Die *Diagnostik School* implementierte Techniken aus der Psychotherapie (z. B. aus der Psychoanalyse) und wies darauf hin, dass der Klient, die Klientin als aktiver Partner, aktive Partnerin in den therapeutischen Prozess einzubeziehen ist (S. 26-28). Casework als *psychosocial Therapy* plädierte dafür, dass der Therapeut, die Therapeutin ihren Klienten und Klientinnen mit Wärme und Wertschätzung begegnen, sich um sie bemühen und ihre Selbstbestimmung achten sollten (S. 28-32). Die *Functional School* förderte die Ressourcenorientierung, das

Empowerment und das Salutogenese-Verständnis, und wies darauf hin, dass das Arbeitssetting mitbeachtet werden muss (S. 32-35). Der *Problem-Solving-Approach* erkannte die Bedeutung, einerseits die Person selbst zu stärken (Selbstwert, Identität, persönliche Ressourcen), andererseits aber auch deren Umfeld (S. 35-38). Der *Socio-Behavioral-Approach*, als verhaltenstherapeutischer Ansatz des Casework, stellte die Modifizierung von Verhalten in den Fokus (S. 38-40).

Wie dieser Abriss zeigt, besteht auf inhaltlicher und methodischer Ebene eine grosse Übereinstimmung zwischen der Soziotherapie und den verschiedenen Schulen des Casework.

## 2.3 Professionszugehörigkeit

### 2.3.1 Diskussion um die Professionszugehörigkeit

Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung ist auch die Diskussion um die Professionszugehörigkeit zu verstehen.

Im psychiatrischen Feld, welches als eines der ersten Gebiete gilt, in dem Soziotherapie auftauchte, war lange Zeit unklar, wer Soziotherapie ausführt und somit wer Soziotherapeut, Soziotherapeutin sein kann. Knoll (2000) zufolge gewann der soziale Aspekt in der Geschichte der Psychiatrie nur sehr langsam an Beachtung, was zur Folge hatte, dass es bis in die späten 50er Jahre andauerte, bis die Sozialarbeit, als Fachbereich für diesen Aspekt, konstant in die psychiatrische Versorgung mit einbezogen wurde (S. 61). Die deutlich früher entstandenen soziotherapeutischen Ansätze wurden folglich nicht von Sozialarbeitenden entwickelt, sondern von anderen in der Psychiatrie tätigen Professionen, welche die Bedeutung des Sozialen entdeckt haben (z. B. Psychotherapeuten und –Therapeutinnen, Pflegenden, Ärzte und Ärztinnen, Psychiater und Psychiaterinnen). Das teilweise verbreitete Verständnis, dass Soziotherapie besonders gut durch Pflegepersonal ausgeführt werden kann oder dass es sich dabei um eine spezielle Form von Psychotherapie handelt (vgl. Dörner et al., 2002, S. 560), kann eine Folge davon sein. Aus Sicht dieser Traditionslinie ist Soziotherapie somit nicht per se der Sozialen Arbeit zugehörig. Mit dem Einzug der Sozialarbeit in psychiatrische Kliniken wurde die Professionsdebatte noch einmal angeregt. Im Bereich der klinischen Psychiatrie in Deutschland wurde die Soziotherapie mit der Psychiatrie-Personalverordnung von 1991 der Sozialarbeit/Sozialpädagogik als einzige Berufsgruppe zugeschrieben (zitiert nach Knoll, 2000, S. 71). Die Diskussion um die Professionszugehörigkeit – welche sich auch in der unterschiedlichen Begrifflichkeit betreffend den Adressaten und Adressatinnen (Patienten und Patientinnen vs. Klienten und Klientinnen) zeigt – wurde damit aber auch in Deutschland noch nicht beendet.

## Soziotherapie

In der heutigen Literatur über Soziotherapie sind hauptsächlich folgende drei Ansichten vertreten:

**1.) Interdisziplinäre Soziotherapie:** Was Soziotherapie gemäss diesem Verständnis ausmacht, ist deren Multiprofessionalität. Das heisst, dass sie keiner spezifischen Profession zugeordnet, sondern von mehreren Professionen ausgeführt werden kann. So schreiben beispielsweise Dörner et al. (2002), dass Soziotherapie viel zu allgemein ist, als dass man sie aus der Sicht nur eines Berufes bestimmen könnte (S. 513). Edelson (2014) beschreibt den Soziotherapeuten, die Soziotherapeutin als „psychiatrist, psychologist, nurse, social worker, nursing aide, administrator, group worker, or activities therapist“, welcher, welche spezielle Methoden und Techniken anwendet (S. 7).

**2.) Soziotherapie als Soziale Arbeit:** Weit verbreitet ist die Ansicht, dass Soziotherapie der Sozialen Arbeit zugeordnet wird. Jens Clausen, Klaus Dresler und Ilse Eichenbrenner bezeichnen sie als „spezifische Methode der Sozialarbeit und somit als Domäne von Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen“ (zitiert nach Schönherr, 2003, S. 13). Teilweise wird Soziotherapie aber auch als Fortentwicklung oder Spezialisierung der Sozialarbeit betrachtet (Lothar & Nellesen, zitiert nach Schönherr, 2003, S. 86).

**3.) Soziotherapie als eigene Disziplin:** Die Meinung, dass Soziotherapie eine Spezialisierung der Sozialarbeit darstellt, teilt Schwendter (2000) nicht. Unter Rückbezug auf Kornelia Stein-Menninkheim macht er deutlich, dass Sozialarbeit/Sozialpädagogik auch für sich professionell genug sei. Soziale Therapie soll dementsprechend als eigene Disziplin bezeichnet werden, welche lediglich gemeinsame Wurzeln mit der Sozialen Arbeit hat (S. 11). Diesem Verständnis nach ist Soziotherapie ebenso wenig mit der Gemeindepsychologie oder der klinischen Psychologie gleichzusetzen (S. 13).

Binner und Ortmann (2015) beschreiben den heutigen Stand in der Literatur so, dass er den Anschein erweckt, dass Soziotherapie weder an eine bestimmte Profession noch an eine bestimmte Qualifikation gebunden ist (S. 71). Für die Legitimation von Soziotherapie gegenüber anderen Disziplinen, aber auch gegenüber dem Staat und der Gesellschaft ist es wichtig, dass klar wird, wer Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen sind und wie es um ihre Professionszugehörigkeit steht. Darauf weisen ebenfalls die von Bartmann festgelegten Kriterien eines wissenschaftlichen Therapiebegriffs hin, welche die Festlegung der Qualifikation derjenigen voraussetzen, welche die Therapie ausführen wollen (siehe Kapitel 3.1.1).

Die Zuordnung zu einer Profession ist auch für die Klärung von Bedeutung, wessen Aufgabe es ist, zu einer Weiterentwicklung der Soziotherapie beizutragen, Forschung zu betreiben (z. B. zu deren Wirksamkeit), Konzepte auszuarbeiten und die theoretische Basis zu vertiefen.

## Soziotherapie

Wird das nicht gemacht, ist unklar, ob es Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, aller in der psychiatrischen Bereich tätigen Professionen oder doch eher der Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen selbst.

Bezüglich der Ausbildung stellt es sich zum aktuellen Zeitpunkt so dar, dass unterschiedliche Ausbildungsformen mit ganz unterschiedlichen Inhalten angeboten werden (Kurse, Weiterbildungen, Studiengänge), nach denen man sich, gemäss den jeweiligen Angeboten, Soziotherapeut, Soziotherapeutin nennen kann. Laut dem europäischen Institut für Berufsbildung ist Sozialtherapie zwar ein eigener Studiengang, welcher der Überkategorie Sozialpädagogik zugeordnet wird (FIB, 2017), teilweise wird sie aber auch den Studienrichtungen Heilpädagogik, angewandte Psychologie oder der Psychotherapie zugeordnet. Die eher seltenen Ausbildungsangebote in der Schweiz werden hauptsächlich zum Feld der Heilpädagogik gezählt. Eine einheitliche Ausbildung im Bereich der Sozial- bzw. Soziotherapie wird wohl erst entstehen, wenn auch die Frage um die Professionszugehörigkeit etwas einheitlicher beantwortet wird.

### 2.3.2 Soziotherapie als klinische Sozialarbeit

Um einen Anfang bezüglich der Zuordnung zu einer Profession zu machen, wird in dieser Arbeit Soziotherapie als Behandlungsverfahren der klinischen Sozialarbeit und somit als der Sozialen Arbeit<sup>8</sup> zugehörig definiert. Diese Einordnung stützt sich auf verschiedene Autoren wie beispielsweise Kehlenbeck (2017), der die Soziotherapie als „Behandlung im Sinne der klinischen Sozialarbeit als Teildisziplin der Sozialen Arbeit“ beschreibt (S. 468) oder Binner und Ortmann (2015), welche einen Versuch einer eindeutigen Konzeptualisierung der Sozialtherapie als spezifische Methode der klinischen Sozialarbeit unternommen haben (S. 71-87).

Für die Zuordnung zur Sozialen Arbeit spricht die vergleichbare Klientenschaft. Die Soziotherapie und die Soziale Arbeit sind beide auf die Arbeit mit sozial benachteiligten Personen ausgerichtet. Darauf wird auch in einem Konzept einer soziotherapeutischen Fortbildung verwiesen, in dem Sozialarbeitende für die Ausübung der Soziotherapie als favorisiert bezeichnet werden, weil sie die gesellschaftlichen Randgruppen und ihre abweichenden und normalen Verhalten am besten kennen (Knoll, 2000, S. 73).

Laut Knoll sieht sich auch die Sozialarbeiterschaft selbst als am ehesten zur Ausführung von Soziotherapie geeignet, weil die multikausale Vernetzung psychosozialer Probleme in der

---

<sup>8</sup> umfasst die Bereiche Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation (vgl. Huser & Villiger, 2012)

## Soziotherapie

Berufsgeschichte der Sozialen Arbeit bereits tief verwurzelt ist. Die ganzheitliche sozialarbeiterische Sichtweise von Problemkonstellationen stimme zudem mit dem systemischen und alltagsbezogenen Verständnis der Symptombildung überein, welches man in der Soziotherapie antrifft (S. 71-72). Lothar Nellesen bezeichnet die Soziale Arbeit als Berufsgruppe der Wahl, weil diese über „Handlungskompetenzen verfügt, die an institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen orientiert sind“ (zitiert nach Knoll, 2000, S. 73). Die Orientierung an den gesellschaftlichen Bedingungen und der gleichzeitige Fokus auf das Individuum ist in der Sozialen Arbeit im „doppelten Mandat“<sup>9</sup> verankert und gilt zugleich auch als Kennzeichen soziotherapeutischer Interventionen (Knoll, 2000, S. 72).

Die Kompetenz von Sozialarbeitenden die ökonomische Basis ihrer Klienten und Klientinnen zu sichern und für geeignete Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten zu sorgen, ist zudem eine Basis zur Erreichung von Rehabilitations- und Resozialisationszielen, wie sie die Soziotherapie verfolgt (S. 73). Binner und Ortmann (2015) führen aus, dass es bei der Soziotherapie im Kern um die gleichen Ziele geht wie allgemein bei der Sozialen Arbeit – um die Förderung sozialer Kompetenzen, welche die Teilhabe am sozialen Leben in der Gemeinschaft und Gesellschaft ermöglichen sollen (S. 85). Die Mittel, die in der Soziotherapie zur Zielerreichung eingesetzt werden, sind zwar oft auf psychotherapeutische Konzepte zurückzuführen, wurden teilweise aber auch von der Sozialen Arbeit adaptiert (Knoll, 2000, S. 72).

Durch die vielen dargelegten Parallelen könnten sich folgende Fragen ergeben: Ist Soziotherapie normale Sozialarbeit? Und braucht es das Konzept der Soziotherapie somit überhaupt noch, oder kann es durch die Bezeichnung Sozialarbeit ersetzt werden?

Was die Soziotherapie von einer reinen Sozialarbeit bzw. von einer anderen Form von Sozialarbeit unterscheidet, ist die therapeutische Komponente. Soziotherapie als klinische Sozialarbeit ist selbst behandelnd und beinhaltet spezifische Behandlungsmethoden, welche in anderen Bereichen nicht anzutreffen sind (z. B. Milieutherapie). Albert Mühlum spricht davon, dass Soziale Arbeit immer irgendeinen Gesundheitsbezug hat, Gesundheitssozialarbeit den Auftrag der Gesundheitsförderung trägt und die klinische Sozialarbeit eine spezialisierte Behandlungsform sei (zitiert nach Deloie, 2011, S. 75).

Darüber hinaus wird der Fokus bei der Soziotherapie stärker als bei anderen Formen Sozialer Arbeit nebst dem sozialen auch auf den psychischen Aspekt psychosozialer Problemlagen gelegt.

---

<sup>9</sup> Vgl. Engelke, 2004, S. 308

## 2.4 Anwendungsgebiete

Wie sich bereits an den bisherigen Ausführungen gezeigt hat, wird Soziotherapie in verschiedenen Anwendungsfeldern eingesetzt und richtet sich an unterschiedliche Menschen. Gemäss Schwendter (2000, S. 10) kann Soziotherapie erfolgen in:

- **Offenen ambulanten Einrichtungen:** Jugendberatung, Suizidentenberatung, schulpsychologische Beratung, Bewährungs- und Gerichtshilfe, sozialpsychiatrische Beratung (z. B. Soziotherapie als Leistung der Deutschen Krankenversicherung) oder Kulturzentren;
- **Halboffenen stationären Einrichtungen:** Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften, Bewährungsheime, Tages- und Nachtkliniken, Sonderkindertagesstätte oder offenen Strafvollzugsanstalten;
- **Geschlossenen Einrichtungen (mit Vorbehalt):** Erziehungsheime, psychiatrische Anstalten, Strafvollzugsanstalten.

Schwendters Vorbehalte in geschlossenen Einrichtungen stützen sich auf Kornelia Stein-Menninkheim, welche erläutert, dass Therapie unter Zwang aus der Sicht von Therapie praktisch immer prekär ist und in manchen Kontexten als Kontraindikation, das heisst als gegen die therapeutische Massnahme sprechend, anzusehen ist.

Bei sozialen Therapien gehe es um das Verstehen von Leiden in seinen Bezügen – in denen es entstanden ist, weiterbesteht und in denen es vermindert werden soll (zitiert nach Schwendter, 2000, S. 10-11). Bei Eintritt in eine geschlossenen Einrichtung wird das Leiden des Individuums gezwungenermassen von seinen Bezügen – in denen es entstanden ist und weiterbestand – gelöst und kann somit nicht in und mit ihnen verändert werden. Das hat zur Folge, dass sich die Behandlung auf das Individuum und seine aktuellen Bezüge innerhalb der Einrichtung beschränkt, was dem ganzheitlichen Behandlungsverständnis der Soziotherapie nicht wirklich entspricht. Unter Anbetracht dessen, scheint die Skepsis von Stein-Menninkheim und Schwendter bezüglich des Einsatzes von soziotherapeutischen Massnahmen in geschlossenen Anwendungsfeldern nachvollziehbar.

Im deutschsprachigen Raum sind die wohl bekanntesten Anwendungsfelder der Soziotherapie die *Suchtkrankenhilfe* (vgl. Steingass et al., 2000), *Heilpädagogische Settings* (meist anthroposophischen Ursprungs, vgl. Stamm, 2011), der *Strafvollzug* (vgl. Dorst & Leffers, 1980), sowie die ambulante Soziotherapie als *deutsche Krankenkassenleistung* (vgl. Schönherr, 2003).

## 2.5 Gegenstand

### 2.5.1 Adressaten und Adressatinnen

Die Adressaten und Adressatinnen der Soziotherapie werden oft als „hard-to-reach“ Klientel beschrieben. Darunter werden Personen verstanden, welche durch andere Angebote (z. B. rein psychotherapeutische, psychiatrische, sozialarbeiterische, medizinisch-pflegerische Interventionen) nicht erreicht werden und deshalb eher unterversorgt sind (Pauls & Stockmann, 2013, S. 12). Bei diesem Klientel stossen laut Binner und Ortmann (2015) die „nicht (sozial-) therapeutisch ausgebildeten und entsprechend arbeitenden Sozialarbeitenden“ oft an ihre Grenzen und geben sie an Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen oder Ärzte, Ärztinnen ab, welche die Klienten und Klientinnen nicht selten mit dem Stempel „nicht therapiefähig“ oder „fehlende Krankheitseinsicht“ an die Sozialarbeitenden zurückverweisen (S. 80). Grund dafür sind multikausal verursachte Problemlagen, die nicht auf einer einzelnen Ebene bearbeitet werden können. Fälle für die Soziotherapie sind sie, weil der soziotherapeutische Blick auf die Gesamtsituation, in denen die Leidenserfahrungen – wie Schwendter (2000) die Problemlagen nennt – erfahren werden, notwendig ist (S. 15). Der Blick auf die Gesamtsituation führt dazu, dass nicht nur die „hard-to-reach“ Klienten und Klientinnen selbst Adressaten und Adressatinnen soziotherapeutischer Interventionen sind, sondern ebenso ihr soziales Umfeld – das heisst, ihre Angehörigen, Hilfesysteme, in denen sie sich befinden, sowie die Gesellschaft.

Die Idee, dass Soziotherapie zum Einsatz kommen kann, wenn andere Therapieformen nicht zielführend sind, entstand bereits früh, wie sich an folgender im Jahr 1947 entstandenen Beschreibung der Sozialtherapie zeigt:

„(. . .) wenn eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten selbst nicht möglich ist, dann wird versucht, jene Faktoren der sozialen Umwelt des Patienten zu ändern, welche das soziodynamische Gleichgewicht dieses Menschen so ungünstig beeinflusst hatten, dass es zum Krankheitsgeschehen gekommen war“. (Viktor von Weizsäcker, zitiert nach Schwendter, 2000, S. 7).

Schwendter greift dieses Zitat auf, wendet aber ein, dass Soziotherapie nicht wie beschrieben *nur* dann bzw. *erst* dann zum Einsatz kommen sollte, wenn die Anwendung anderer Behandlungsformen nicht möglich ist.

Als mögliche „sozial(mit)bedingte und sozialrelevante Störungen, Krankheiten und Beeinträchtigungen“ der Adressaten und Adressatinnen Sozialer Therapien nennen Pauls und Stockmann (2013) psychische Störungen (z. B. Schizophrenie, Depressionen), Delinquenz,

## Soziotherapie

Suchterkrankungen, psychische Traumatisierungen, Misshandlungen sowie sexueller Missbrauch (S. 11-12). Beachtet werden aber nicht nur die Störungen selbst, sondern auch die sich daraus ergebenden Folgen im psychischen und sozialen Kontext sowie Einschränkungen im Leistungsbereich (S. 14). Laut Binner und Ortmann (2015) sind Klienten und Klientinnen der Soziotherapie oft auch in ihren Kommunikationsmöglichkeiten und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt, in ihrer Beziehungsfähigkeit gestört (können schlecht Beziehungen aufbauen und halten), sowie nicht wirklich in der Lage ihre Bedürfnisse auszudrücken und ihre Interessen zu vertreten (S. 81).

Schwendter (2000) distanziert sich in seiner Beschreibung der Adressaten und Adressatinnen von den aus einer anderen spezifischen Disziplin stammenden Begrifflichkeiten (z. B. Störung, Krankheit, Symptom, Abweichung, Devianz) und greift auf die zuvor erwähnte Bezeichnung der Leidenserfahrung zurück (S. 15). Das Bedeutsame für Soziale Therapien besteht darin, dass eine Leidenserfahrung selten alleine kommt. Demnach befinden sich Klienten und Klientinnen vielmehr in einer Verknüpfung diverser Leidenserfahrungen, geradezu in einem Regelkreis von Leidenserfahrungen, die sich gegenseitig beeinflussen (z. B. Wohnungslosigkeit, Erwerbslosigkeit, Armut, Trennung, Alkoholabhängigkeit, Isolation) (S. 17). Als Beispiele von Leidenserfahrungen werden unter anderem Stress, Gespaltenheit, Verfolgungsgefühle, Traumatisierung, Narzissmus, Traurigkeit, Euphorie, Schwierige Charaktere, Neurosen, Ängste, psychosomatische Kränkbarkeit, Isolation, Migration und Alter genannt (S. 33-173). Laut Harro Dietrich Kähler ist davon auszugehen, dass in verschiedenen soziotherapeutischen Settings ein beträchtlicher Anteil der Klientel sich eher unfreiwillig in diesem Behandlungskontext befindet (zitiert nach Pauls & Stockmann, 2013, S. 17).

Adressaten und Adressatinnen der Soziotherapie sind besonders oft Mitglieder vulnerabler Bevölkerungsgruppen und sozialer Randschichten (Knoll, 2000, S. 73). Vor dem Hintergrund des seit Langem bekannten und empirisch gut belegten Zusammenhangs zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit bzw. zwischen Armut und einem schlechteren Gesundheitszustand (vgl. Binner & Ortmann, 2015, S. 73), ist dies nicht weiter erstaunlich.

### 2.5.2 Auftrag und Ziele

In den bisherigen Ausführungen hat sich bereits grob herauskristallisiert, was die Ziele sowie Aufgaben eines Soziotherapeuten, einer Soziotherapeutin sind. In der Soziotherapie geht es darum, gezielt an Passungsproblemen zwischen dem Individuum und der sozialen Umwelt zu arbeiten (Pauls & Stockmann, 2013, S. 17), wobei die soziale Teilhabe als übergeordnetes Ziel gilt (Ihde-Scholl, 2013, S. 88). Soziotherapeutische Interventionen können dementsprechend auch als rehabilitative Massnahmen bezeichnet werden (Friboes, 2004, S. 347).



## Soziotherapie

Als eher der Person zugewandte Behandlungsmethode setzt Soziotherapie zwar am Individuum an, interveniert aber auch im direkten sozialen Umfeld (z. B. Angehörige, Freundeskreis, Hilfesysteme) der Person sowie in der Gesellschaft – was in folgender Abbildung illustriert werden soll:

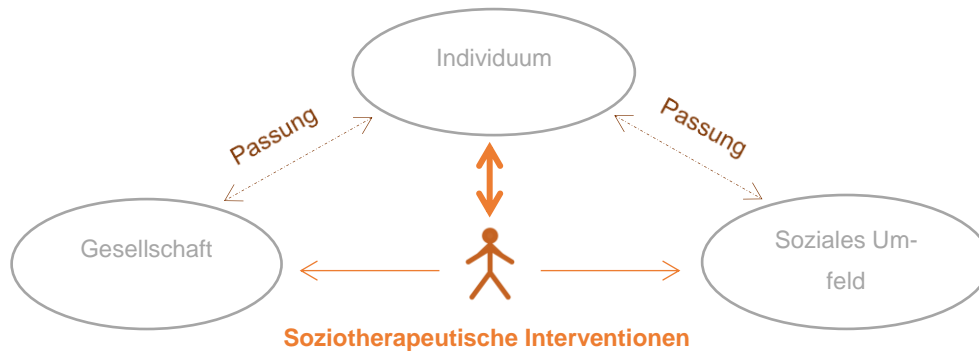


Abbildung 3. Soziotherapeutische Intervention

Die **Intervention in der Gesellschaft**, welche im Leisten von Öffentlichkeitsarbeit bestehen könnte, ist laut Dörner et al. (2002) zentral, weil es „unsozial“ ist, die Behebung von Individuum-Umwelt-Problemen alleine dem Individuum anzulasten. Es braucht sowohl die Behandlung am Individuum, um für das Leben im öffentlichen Bereich vorzubereiten, als auch eine grössere Toleranz der Öffentlichkeit (S. 558). So müssen in der Gesellschaft teilweise Strukturen verändert werden, um dem Individuum eine Integration zu ermöglichen.

Bei der **Intervention im direkten sozialen Umfeld** der Person geht es insbesondere um Koordination, Vernetzung und um die Hilfe bei der Erschliessung sozialer Ressourcen. Der Soziotherapeut, die Soziotherapeutin ist die Verbindungsperson zwischen den verschiedenen Hilfesystemen, fördert deren Zusammenarbeit und koordiniert sie. In Bezug auf den stationären Bereich beschreibt Schönherr (2003), dass die Zusammenarbeit der Soziotherapie mit anderen Klinikmitarbeitenden die Vernetzung klinikinterner und klinikexterner medizinischer und berufsorientierter Rehabilitationsmassnahmen zum Ziel hat (S. 23). Nebst der Kooperation mit Professionellen gehört zur Soziotherapie aber auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen des sich in der Therapie befindenden Individuums. So beschreibt Kehlenbeck (2017), dass durch den Sozialtherapeuten, die Sozialtherapeutin die Betroffenen, wie auch ihre Angehörigen eine Begleitperson haben, „die Zuversicht, Hoffnung und Geduld aufzeigt“ und dabei hilft, gemeinsame Lösungswege zu erarbeiten (S. 470).

Soziotherapeutische Hilfestellungen betreffend der Erschliessung sozialer Ressourcen können beispielsweise die Organisation einer geeigneten therapeutischen Nachsorge (z. B. ambulante Begleitung) sein (vgl. Schönherr, 2003, S. 24-25), die Sicherung der ökonomischen Basis der Klientel oder die Sorge um eine geeignete Wohn- und Berufssituation (vgl. Knoll, 2000, S. 73).

## Soziotherapie

Die **Intervention am Individuum** nimmt in der Soziotherapie einen wichtigen Stellenwert ein, weil es zur Behebung von Passungsproblemen zwischen Individuum und Umwelt oft nicht ausreicht, nur die Umwelt zu verändern. So beschreibt Bosch (1967), dass die Klienten und Klientinnen lernen müssen, sich der Realität der sozialen Umwelt anzupassen (S. 123). Die Ziele in diesem Bereich können unter anderem anhand des „Recovery-Ansatzes“ beschrieben werden. Der Begriff *Recovery* ist Englisch und bedeutet *Gesundung, Genesung* und wird auch im Deutschen so verwendet. *Gesundung* heisst dabei nicht unbedingt symptomfrei zu sein, sondern „mit beiden Füßen im Leben zu stehen, Verantwortung für sich zu übernehmen oder auch für sich oder andere eine Aufgabe übernehmen zu können“ (Ihde-Scholl, 2013, S. 92). *Recovery* gilt als eine „Gegenbewegung gegen zu viel Fürsorge, gegen erlernte Hilflosigkeit, gegen erlernte Passivität, gegen Perspektivenlosigkeit“ (S. 91). Dazu gilt es eine förderliche Balance zwischen Anregung und Unterstützung zu finden, damit weder eine Überflutung mit Anregung und Aktivitätserwartung entsteht – welche die Selbsthilfekräfte überfordern und zu einer Verschlimmerung beitragen kann – noch eine unterfordernde überfürsorgliche Betreuung (Klaus-Peter Kisker, zitiert nach Schwendter, 2000, S. 9). Das Arbeiten mit nicht von der Krankheit betroffenen Anteilen der Klientel ist ein wichtiges Anliegen von *Recovery*, weil davon ausgegangen wird, dass die gesunden Anteile einen grossen Teil der Lebensqualität ausmachen können (Ihde-Scholl, 2013, S. 93).

Mithilfe der Soziotherapie soll der Klient, die Klientin neue Kompetenzen erlernen können, die ihm, ihr dabei helfen, sich im eigenen Leben aber auch in der Gesellschaft zurechtzufinden. Beispiele solcher Kompetenzen sind: Durchhaltevermögen und Konzentrationsfähigkeit, eine adäquate Selbst- und Fremdwahrnehmung, kommunikative Belastbarkeit (Otto Bach & Thomas Reuster zitiert nach Schönherr, 2003, S. 21), ein guter Umgang mit und Ausdruck von Bedürfnissen (Dörner et al., 2002, S. 561), Initiative, soziale Kontaktfähigkeit (Soziotherapie-Richtlinien zitiert nach Schönherr, 2003, S. 22), sowie die Fähigkeit konstruktiv mit mitmenschlichen Konflikten umzugehen (Bosch, 1967, S. 114).

Soziotherapie orientiert sich an den Ressourcen und den gesunden Anteilen der Klientel. Trotz diesem Fokus gehört laut Schönherr (2003) auch das Erkennen von „Informationsdefiziten und problematischen Einstellungen hinsichtlich des sozialen und beruflichen Lebens und die Anregung einer konstruktiven Veränderung der Lebensplanung und -führung“ zu den Zielen soziotherapeutischer Interventionen (S. 23).

Um die beschriebenen Ziele zu erreichen, arbeitet die Soziotherapie mit klar definierten Zielvereinbarungen. Kehlenbecks Ausführungen zufolge (in Anlehnung an Pauls und Reicherts, 2014) ist es Auftrag der Soziotherapie die wechselseitige Interaktion der Menschen und ihrer Umwelt „zu verstehen, um sie gemeinsam zu reflektieren und beratend zu begleiten“. So müssen in der Soziotherapie Tätige in der Lage sein, „die komplexen biopsychosozialen

Verknüpfungen zu bündeln, einzuschätzen, in Ziele zu zerlegen sowie Problemstellungen mit dem Patienten gemeinsam zu priorisieren, zu gewichten und zu bewerten“ (2017, S. 469). Die Soziotherapie stellt in den Alltag integrierte Übungsfelder zur Verfügung, in denen die definierten Ziele verfolgt und neue Verhaltensweisen eingeübt werden können. Laut Dörner et al. (2002) kann auch die Verteilung von Aufgaben und Ämtern für die Klienten und Klientinnen ein Übungsfeld darstellen, in dem sie lernen Verantwortung zu übernehmen, diese aber auch wieder abgeben zu können. Echte Mitsprache zeigt den Klienten und Klientinnen auf, welchen Einfluss sie auf Regeln nehmen können, auf welche Regeln sie keinen Einfluss haben und wie sie den Einfluss ausüben können (S. 563). Zusätzlich verfolgen Möglichkeiten der Verantwortungsübernahme und Mitsprache das Ziel, positive Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen und den Selbstwert zu stärken.

## 2.6 Basisverständnis

Als komplextherapeutischer Ansatz stützt sich Soziotherapie auf keine eigenständige Theorie sondern auf verschiedene Ansätze z. B. aus der Psychologie, Sozialökologie<sup>10</sup>, Pädagogik, Sozialarbeit oder der Sozialpsychiatrie<sup>11</sup> (Schönherr, 2003, S. 6-9). Um das Konzept Soziotherapie zu verstehen, macht es Sinn, einige theoretische Modelle anzuschauen, welche zum Basisverständnis beitragen.

### 2.6.1 Biopsychosoziale Modell

Wegbereitend für die Entstehung des biopsychosozialen Modells war gemäss Pauls (2004; 2013) unter anderem die Entwicklung der Risikofaktorenforschung. Anfangs des 20. Jahrhunderts kam es aufgrund besserer hygienischer Versorgungsmassnahmen, wie auch neuer medizinischen Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten, zu einer Verschiebung des Krankheitsspektrums von hauptsächlich Infektionskrankheiten hin zu ganz unterschiedlichen chronischen Krankheiten (z. B. Herz-Kreislaufprobleme, Krebs, Depressionen) (2004, S. 85). Mit dieser Verschiebung nahm auch das Interesse an Ursachen bezüglich der Entstehung, Entwicklung und dem Verlauf von psychischen und physischen Krankheiten zu.

---

<sup>10</sup> Teilbereich der Soziologie, der sich mit Wechselwirkung von Individuum und Umwelt befasst (Schönherr, 2003, S. 7).

<sup>11</sup> Empirische Wissenschaft und therapeutische Praxis des multiprofessionellen Versorgungssystems psychisch Kranker (S. 9).

## Soziotherapie

So begann man in den 1950er Jahren damit, nebst der Auswirkung von biologischen Faktoren auch die Auswirkungen von psychischen und sozialen Faktoren zu untersuchen (2013, S. 16). Dabei fand man heraus, dass es ganz unterschiedliche Faktoren gibt, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen können, wie z. B. die niedrige soziale Schicht, genetische Disposition, kritische Lebensereignisse oder gesundheitsschädigendes Verhalten (2004, S. 85). Die Ergebnisse dieser mit viel Aufwand betriebenen epidemiologischen Forschung hatten einen grossen Einfluss auf die Entwicklung des biopsychosozialen Denkens.

In den 1970er Jahren formulierte der Psychiater George L. Engel auf dieser Grundlage das biopsychosoziale Krankheitsmodell als Gegenentwurf zum zuvor verbreiteten rein biomedizinischen Modells, welches Engel stark kritisierte (zitiert nach Pauls, 2013, S. 17). Der Grundgedanke hinter dem biopsychosozialen Krankheitsmodell besteht darin, dass Gesundheit untrennbar mit dem Biologischen, Psychischen und Sozialen verbunden ist.

Die drei Ebenen werden dabei nicht als eigenständig betrachtet, sondern als Teil eines grossen Ganzen (Leiss, 2016). In Engels Modell, welches von der allgemeinen Systemtheorie geprägt wurde, wird dieses grosse Ganze als System bezeichnet. Der einzelne Mensch ist demzufolge Teil eines Systems, aber auch selbst ein System, welches wiederum aus verschiedenen Subsystemen besteht (Pauls, 2013, S. 18). Lebende Systeme werden – Binner und Ortmann (2015) zufolge – gekennzeichnet durch die Einheit von Organismus und Umwelt. Stehen Organismus und Umwelt in einer Beziehung, in der es zu einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen Anforderungen und Ressourcen bzw. zwischen den Bedürfnissen und den Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung kommt, wird von einer Passung gesprochen (S. 74). Gesundheit kann dementsprechend als „intaktes Beziehungsgefüge“ und Krankheit als „gestörtes Beziehungsgefüge“ zwischen Organismus und Umwelt beschrieben werden (Thure von Uexküll & Wolfgang Wesiack, zitiert nach Binner & Ortmann, 2015, S. 74).

Um eine biopsychosozial verursachte Krankheit zu behandeln und eine Passung herzustellen, müssen laut Uexküll und Wesiack auf „einer somatischen, einer psychischen und einer sozialen Ebene ständig Beziehungsfäden gesponnen werden.“ Pauls (2013) drückt es so aus, dass der Erfolg einer Behandlung von einer „funktionierenden integrierenden biopsychosozialen Gesamtkonzeption“ abhängig ist (S. 19). Das wird auch in Abbildung 4 ersichtlich. Darin zeigt sich, dass sich eine gute medizinische Behandlung nur als wirkungsvoll erweist, wenn auch sozial-emotionale Copingfähigkeiten, sonstige soziale Ressourcen und eine Akzeptanz von Seiten der Öffentlichkeit vorhanden sind (S. 19).

## Soziotherapie

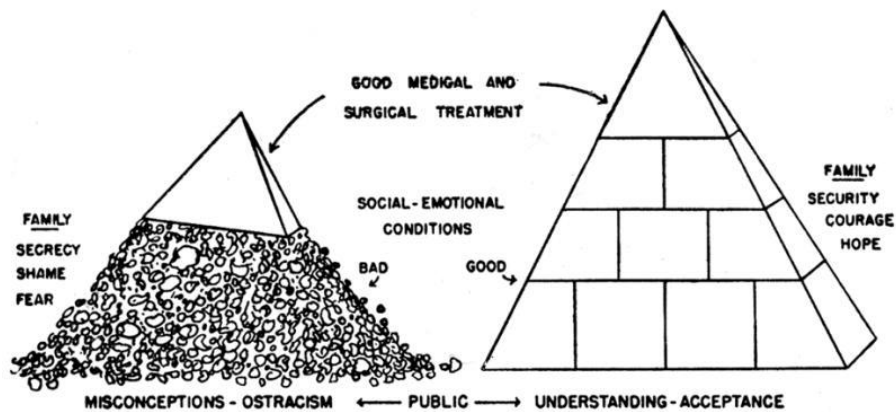


Abbildung 4. Psychosoziale Basis einer wirkungsvollen medizinischen Behandlung. Lennox 1960, nach Hermann & Jacoby, 2009, S. 11-16.

Bereits 1986 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf der Grundlage des biopsychosozialen Modells ein neues umfassendes Gesundheitskonzept entwickelt. Im WHO-Bericht aus dem Jahr 2001 wurde diese Konzeption erneut aufgegriffen und erläutert, dass die Trennung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren ein „bedeutsames Hindernis für ein korrektes Verständnis von Erkrankungen“ ist (zitiert nach Pauls, 2013, S. 21). Ihre daraus abgeleitete Forderung war eine arbeitsteilige und interdisziplinäre Praxis in Bezug auf die Prävention und Behandlung von Krankheiten.

Die hohe Bedeutung des biopsychosozialen Modells für die Soziotherapie zeigt sich in vielerlei Hinsicht. Erst durch das Verständnis, dass auch soziale Faktoren Einfluss auf den Gesundheitszustand eines Individuums nehmen, kann die Soziotherapie daraus ihren Auftrag ableiten – durch eine Behandlung auf der sozialen Ebene zur „Gesundung“ beizutragen. Aber auch in anderen soziotherapeutischen Aspekten, wie der Bedeutsamkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit oder der Intention, Passungsprobleme zwischen Organismus und Umwelt zu beheben, um Gesundheit herzustellen, werden klare Parallelen zum biopsychosozialen Krankheitsmodell ersichtlich.

### 2.6.2 Salutogenese

„Wie entwickelt sich die Gesundheit von Menschen? Dies ist das Geheimnis, das die salutogenetische Orientierung zu enträtseln versucht.“ (Aaron Antonovsky, zitiert nach Stiftung für Salutogenese, 2013)

Wie auch dieses Zitat von Aaron Antonovsky des Entwicklers des Modells zeigt, orientiert sich die Salutogenese, im Gegensatz zur Pathogenese, nicht an der Krankheit sondern an der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit (Hoffer, 2017, S. 724). Das Modell – welches im Folgenden anhand von Blättner (2007) vorgestellt wird – besagt, dass sich jeder Mensch irgendwo auf einem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit befindet. Durch die

## Soziotherapie

Omni-Präsenz von Stressoren, welche auf das Kontinuum in krank-machender, neutraler oder gesundheitsfördernder Richtung wirken, wird Gesundheit nicht als Normalzustand angesehen, sondern als „höchst erfreuliches Phänomen“. In welche Richtung die Stressoren wirken, hängt von der Spannungsbewältigung bzw. der Copingstrategien des Individuums ab. Die Spannungsbewältigung wiederum ist davon abhängig, welche Widerstandsressourcen (z. B. Anpassungsfähigkeit, tiefe Beziehung zu anderen) zur Verfügung stehen und inwiefern sie in den jeweiligen Situationen genutzt werden können. Einen grossen Einfluss darauf, ob Widerstandsressourcen auch nutzbar gemacht werden können, hat das sogenannte Kohärenzgefühl (SOC) (S. 68). Das SOC stellt dabei ein Gefühl des Vertrauens bzw. eine grundlegende Lebenseinstellung gegenüber der Welt dar. Das SOC setzt sich aus folgenden drei Komponenten zusammen (Pauls, 2004, S. 92-93):

1. Gefühl der *Verstehbarkeit*: Fähigkeit auf Stimuli zu reagieren, diese sinnvoll wahrzunehmen und ordnen zu können.
2. Gefühl der *Handhabbarkeit*: Überzeugung mit Schwierigkeiten fertig zu werden und genügend anwendbare Widerstandsressourcen zu besitzen.
3. Gefühl der *Bedeutsamkeit*: Sinn im Leben und einen Wert im Tun und Sein zu sehen.

Dem SOC wird im Salutogenese-Modell eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Es wird davon ausgegangen, dass Personen mit einem hohen SOC flexibel sind in der Wahl der Bewältigungsstrategien und dass sie besser in der Lage sind, Stresssituationen so zu bewältigen, dass es ihre Gesundheit positiv beeinflusst (Blättner, 2007, S. 68). Verschiedenste empirische Studien belegen, dass der Zusammenhang zwischen SOC und Gesundheit, insbesondere der psychischen, sehr gross ist (S. 69-70). Aus diesem Grund bezeichnet Blättner die Salutogenese als „beste vorhandene theoretische Basis der Gesundheitsförderung“ (S. 67). Um die Gesundheit zu fördern, versucht man das bedeutungsvolle SOC zu stärken, dessen Entstehung gemäss dem Salutogenese-Modell mit Lebenserfahrungen zu tun hat. Man interveniert folglich so, dass neue gesundheitsfördernde Lebenserfahrungen gemacht werden können.

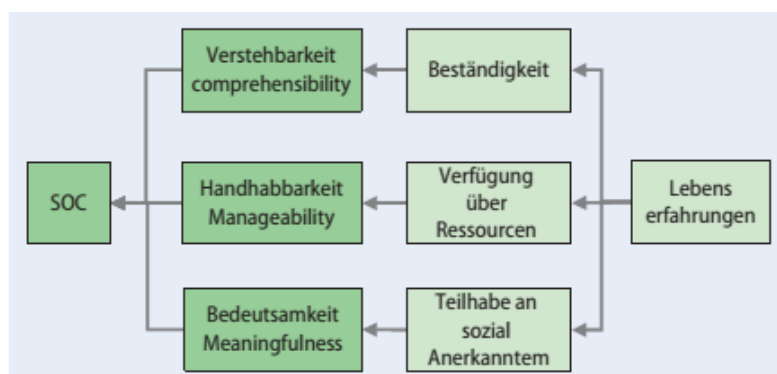


Abbildung 5. Entstehung des SOC. Nach Blättner, 2007, S. 70.

## Soziotherapie

Wie in Abbildung 5 ersichtlich wird, haben Erfahrungen der Beständigkeit, Erfahrungen über genügend Ressourcen zu verfügen und Erfahrungen sich beteiligen zu können einen besonders grossen Einfluss auf jeweils eine SOC-Komponente (S. 70). Daraus können verschiedene Interventionen abgeleitet werden, wie der gezielte Ausbau von Ressourcen, die Schaffung von Partizipationsmöglichkeiten oder die Suche nach etwas im Leben der Klientel, das Bestand hält und ihnen langfristig hilft, andere Erfahrungen zu machen. Weil der Komponente der Bedeutsamkeit der grösste Einfluss auf das SOC zugeschrieben wird, gilt die Partizipation, welche auf diese Komponente einwirkt, als das wichtigste Prinzip. Durch die Beständigkeit haben besonders totale Institutionen die Möglichkeit, das SOC nachhaltig zu beeinflussen. Damit es nicht negativ beeinflusst wird, müssen solche Institutionen aber so umstrukturiert werden, dass die Bedeutsamkeit der sich in der Institution Befindenden gestärkt wird und sie sich beteiligen können (S. 71). Hierzu schreibt Antonovsky: „Eine Welt, die von einem Individuum als gleichgültig gegenüber seinen Handlungen erlebt wird, wird schliesslich eine Welt ohne jede Bedeutung“ (zitiert nach Pauls, 2004, S. 94).

Die Soziotherapie, die das Ziel der sozialen Teilhabe verfolgt, versucht den Adressaten und Adressatinnen der Therapie wieder eine Partizipationsmöglichkeit zu geben, die ihnen Bedeutung gibt und sich somit positiv auf ihr Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auswirkt. Auch die Stärkung von Ressourcen wird angestrebt. Im Rahmen der Soziotherapie sollen Möglichkeiten für neue Lebenserfahrungen, welche die Selbstwirksamkeit stärken, geschaffen, und Personen nachhaltig dazu befähigt werden, ihren Alltag möglichst gelingend zu meistern. Dabei wird der Fokus nicht auf die kranken Anteile gelegt, sondern die Gesunden. Ein klarer Bezugspunkt zwischen der Soziotherapie und dem Salutogenese-Modell zeigt sich ebenso im Verständnis, dass Gesundheit – insbesondere die psychische – nicht losgelöst von ihren sozialen Bezügen gesehen werden kann. Als Soziologe hat sich Antonovsky Blättner (2007) zufolge für gesellschaftliche Zusammenhänge und Soziale Kontexte interessiert (S. 67). So hat sich auch sein Modell aus der Betrachtung des sozialen Kontextes heraus entwickelt (S. 68). Es wird davon ausgegangen, dass gesellschaftlich gestaltete Lebensbedingungen über die Art der Stressoren, wie auch über die verfügbaren Bewältigungsstrategien entscheiden. Die Lebensbedingungen dürfen bei gesundheitsfördernden Interventionen im Sinne des Salutogenese-Modells deshalb nicht unbeachtet und unverändert bleiben (S. 69).

### 2.6.3 Ressourcenorientierung

Eine wichtige Grundausrichtung in der Soziotherapie ist die Ressourcenorientierung. Gemäss Vogt, Venezia, Torres Mendes und Redlich stellt die Ressourcenorientierung eine professionelle Haltung und Praxis dar, welche die „Identifizierung von Ressourcen und deren systematischen Einsatz zu einem Bestandteil der Hilfeleistung machen, der nicht bewusst

## Soziotherapie

abgerufen werden muss, sondern automatisch Einfluss auf die Interventionsplanung und Interventionsdurchführung nimmt (zitiert nach Möbius, 2010, S. 14).

Was genau Ressourcen sind, darüber ist man sich laut Wüsten (2013) nicht einig. Klar sei jedoch, dass Ressourcen äusserst vielfältig sein können (S. 121). Grawe und Grawe-Greber (1999) definieren Ressourcen folgendermassen:

*„Als Ressource können [sic] jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, also z. B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale, wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum eines Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potential, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht“* (1999, S. 66-67).

Laut Möbius (2010) werden diese vielfältigen Ressourcen in *individuelle Ressourcen* (z. B. persönliche Kompetenzen, Identität), *soziale Ressourcen* (z. B. Netzwerke, Unterstützungssysteme) und *materielle Ressourcen* (z. B. Finanzen, Wohnung) unterteilt (S. 14).

In der Soziotherapie hat man oft mit prekären Lebensverhältnissen, schwierigen Schicksalen sowie Multiproblemsituationen, in denen sich die Klienten und Klientinnen befinden, zu tun. Unter diesen Umständen ist es umso wichtiger, auch Potentiale und Ressourcen nicht aus dem Blick zu verlieren, um als Therapeut, Therapeutin nicht in eine Hilflosigkeit zu fallen (Wüsten, 2013, S. 119) und eine Begleitperson bleiben zu können, die Zuversicht und Hoffnung ausstrahlt (vgl. Kehlenbeck, 2017, S. 470). Beim Umdenken von einem rein problemorientierten Fokus zu einem ressourcenorientierten kann die Technik des Reframings (vgl. Wüsten, 2013, S. 121) helfen.

Eine Ressourcenorientierung im Hilfsprozess hat laut Möbius (2010) folgende Auswirkungen (S. 15):

1. Die Adressaten und Adressatinnen werden aus einer anderen Perspektive betrachtet.
2. Ihre Rolle verändert sich von eher passiven Hilfeempfängern und -Empfängerinnen hin zu aktiven Koproduzenten und -Produzentinnen der Hilfe.
3. Durch die Stärkung von tragfähigen Beziehungen ausserhalb des Hilfesystems reduziert sich die Bedeutung der Beziehung zwischen Fachkraft und Klientel.
4. Die Netzwerkarbeit und die gezielte Förderung von Kompetenzen nehmen an Bedeutung zu, was neue Methoden und Instrumente erfordert.



5. Das Lebensumfeld und der Sozialraum der Adressaten und Adressatinnen gewinnen an Bedeutung.

Viele dieser von Möbius definierten Auswirkungen der Ressourcenorientierung werden auch in der Soziotherapie ersichtlich. So ist der Fokus der Soziotherapie, im Gegensatz zum eher auf Defizite und kranke Anteile gerichteten Blick der Medizin und Psychotherapie, auf die gesunden und normalen Anteile gerichtet. Soziotherapie als dialogisches Hilfsangebot (Binner & Ortmann, 2015, S. 84) fordert eine aktive Mitwirkung der Klienten und Klientinnen. Auch die Netzwerkarbeit, die gezielte Förderung von Kompetenzen wie auch die Orientierung am Lebensumfeld sind zentrale Bestandteile der Soziotherapie. Das soziotherapeutische Ziel, die Selbsthilfe-Initiativen der Klientel zu aktivieren, um sie zu einem möglichst selbstständigen Leben zu befähigen, basiert auf dem Verständnis, dass sie trotz Defiziten auch ausbaufähige Ressourcen besitzen.

### 2.6.4 Lebensweltorientierung

Die Bezeichnung „Lebenswelt“, welche oft auch durch „Alltagswelt“ oder „Lebensraum“ ersetzt wird, wird in den meisten Fällen von der Zielvorstellung getragen, eine moderne Form von Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, indem alltagsbezogene Handlungskompetenzen und Formen der Solidarität gefördert werden (Frank, 2017, S. 550). Der Begriff der Lebenswelt wurde von Theoretikern und Theoretikerinnen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen aufgegriffen und es entstanden verschiedene theoretische Konzepte dazu.

Relativ weit verbreitet hat sich das von Hans Thiersch geprägte Rahmenkonzept der Lebensweltorientierung, dessen Anfänge in den 80er Jahren liegen. Bei der Lebensweltorientierung nach Thiersch geht es um die Rekonstruktion der Lebenswirklichkeit von Klienten und Klientinnen (Thiersch, Grunwald & Köngeter, 2012, S. 176), mit dem Ziel einer nachhaltigen Ermächtigung, den eigenen Alltag gelingender zu bewältigen. Der Alltag von Personen mit all seinen Strukturierungen (zeitlich, räumlich, sozial), Eigenheiten und in seinen Bezügen (sozial, kulturell) wird dabei als Lebenswelt der Person verstanden. In dieser Lebenswelt finden sich Menschen und bilden durch die „Aneignung, Entwicklung, Modifikation oder auch Ablehnung“ der Lebenswelt eigene Bewältigungs- oder Lernmuster, Lebenspläne und ihre Identität als Mensch (Grunwald & Thiersch, 2010, S. 103).

Um die Lebenswelt von Klienten und Klientinnen zu rekonstruieren ist der Einbezug ihrer subjektiven Wahrnehmung und Interpretation des Alltags ebenso wichtig wie die Betrachtung der objektiven Bedingungen, die deren Alltag beeinflussen (Pantucek, 1998, S. 89-90). Es geht demzufolge um eine Person in der Situation-Perspektive (S. 88). Die Sichtweisen der Klientel werden dabei als Experteneinschätzungen gewertet, weil nur die Klientel selbst als Experten und Expertinnen ihres Alltags verstanden werden (S. 89). Indem sie sich einmischt,

## Soziotherapie

macht aber auch die Soziale Arbeit ihre Expertise geltend (Grunwald & Thiersch, 2010, S. 105). Pantucek (1998) beschreibt, dass Sozialarbeitende, um den Kontakt zur Lebenswelt der Klienten und Klientinnen nicht zu verlieren, eine Kombination folgender drei Inszenierungsmöglichkeiten nutzen sollten (S. 91):

- Auftreten als „**neugieriger** Experte“, der weiss, dass er/sie nicht alles weiss und deshalb das Expertentum der Leute selbst schätzt und nutzt.
- Auftreten als „neugieriger **Experte**“, der Expertenkenntnisse über gesellschaftliche Verhältnisse, Handlungssysteme ausserhalb der Lebenswelt der Klientel sowie über Wege zur Verbesserung der aktuellen Situation hat und diese auch einbringt.
- Auftreten als „Agent der Gesellschaft“ bzw. der sozialen Institution, der bezahlt wird, um bestimmte Werte (z. B. Integration in Gesellschaft, Hilfe zur Selbsthilfe) umzusetzen und dies möglichst kooperativ tut.

Durch die Einmischung steht die Lebensweltorientierung in einer Spannung zwischen dem *Respekt vor gegebenen Alltagsstrukturen* (Anerkennung unterschiedlicher Erfahrungen und vielfältiger Lebensgestaltungen), *Destruktion des Alltags* (Problematisierung, Aufdeckung und Abbau schädigender Deutungs- und Handlungsmuster) und der *Arbeit an einem gelingenderen Alltag* (Motivation und Provokation zu neuen Optionen ; Schaffung neuer Ressourcen) (Grunwald & Thiersch, 2010, S. 105). Diese Spannung kann auch als Doppeldeutigkeit von Realität und Möglichkeit bezeichnet werden (Thiersch, Grunwald & Köngeter, 2012, S. 184) bzw. als Respekt vor dem Menschen wie er ist, aber auch vor dem Menschen in seinen Möglichkeiten.

Auch der Einfluss der Lebensweltorientierung zeigt sich in verschiedenen soziotherapeutischen Aspekten. Gleichermassen wie in der Soziotherapie sind auch in der Lebensweltorientierung vorhandene Ressourcen (z. B. Alltagsroutinen, Beziehungen) zentral und sollen gestärkt und ergänzt werden. Insbesondere die Bedeutung sozialer Ressourcen und deren Vernetzung zeichnen sich als Gemeinsamkeit ab. So erachten Grunwald und Thiersch (unter Rückbezug auf Baur et al., 1998 und Hamberger, 2008) die Vernetzung „als aufwändige, bewusst gestaltete Kooperation und Koordination“ als notwendig, um zu verhindern, dass Personen ohne Hilfe bleiben, zwischen Hilfen hindurchfallen oder sich in einem unkoordinierten Hilfe-„Gestrüpp“ verfangen (2010, S. 108). Darüber hinaus ist auch der dialogische Aspekt zu erwähnen. In der Lebensweltorientierung wird die subjektive Sichtweise der Klientel bewusst in den Hilfsprozess mit einbezogen und auch die Soziotherapie interveniert nicht am Objekt, sondern in Kooperation mit dem Subjekt. Nicht zuletzt ist noch die Lebenswelt- oder Alltagsorientierung an sich zu nennen. Wie ersichtlich wurde, weist die Theorie der Lebensweltorientierung auf die Relevanz der Lebenswelt bei der Ausbildung von Identität, Denkmustern und Handlungsstrategien eines Individuums hin. Genau dessen macht sich die

Soziotherapie zu nutzen. Durch Interventionen in der Lebenswelt bzw. im Alltag der Klienten und Klientinnen sollen diese die Möglichkeit erhalten, neue Lebensbewältigungsstrategien zu entwickeln.

## 2.7 Arbeitsformen

Laut Binner und Ortmann (2015) kann Soziotherapie durch die Komplexität der Lebenssituationen und Problemlagen nicht anhand einer einzelnen Arbeitsform durchgeführt werden. Vielmehr beinhaltet Soziotherapie eine Vielzahl von Heran- und Umgehensweisen, welche fallbezogen und flexibel eingesetzt werden können. Dabei werden von ihnen vier grundlegende Formen der soziotherapeutischen Praxis definiert (S. 82-83):

### 1. *Sozialtherapie als professionell arrangierte Lebenspraxis*

In dieser Variante geht es darum, die Lebenssituation bzw. das Milieu professionell zu gestalten, um dadurch die Lebensqualität der Klienten und Klientinnen zu verbessern und ihnen neue Möglichkeiten bezüglich ihrer Lebensgestaltung aufzuzeigen. Arrangiert werden dabei bauliche und infrastrukturelle Aspekte, genauso wie die sozialen Aspekte des Zusammenlebens. Diese Arbeitsform findet man beispielsweise in stationären Einrichtungen wie Akut- und Rehakliniken, Behinderten- oder Seniorenheimen, in betreuten Wohnangeboten wie auch in anderen therapeutischen Wohngemeinschaften. Solche Arrangements können dabei kurz-, mittel- oder langfristige Angebote sein.

### 2. *Sozialtherapie als Training*

Unter sozialtherapeutischem Training werden alle Arten des Lernens und der Befähigung zu bestmöglicher „Soziabilität“<sup>12</sup> verstanden. Darunter fallen dementsprechend alle Interventionen zum Erwerb neuer Kompetenzen, um in der Lage zu sein, Beziehungen aufzubauen und zu pflegen sowie sich wirkungsvoll in die Gemeinschaft einzufügen.

### 3. *Sozialtherapie als Gespräch*

Die Arbeitsform des Gesprächs kann zwischen zwei Personen, wie auch in Gruppen angewendet werden. In den Gesprächen werden soziale Probleme sowie Transaktionen zwischen Individuum und Umwelt thematisiert, reflektiert und interpretiert. Dabei nehmen nicht nur die Gesprächsinhalte Einfluss auf den Gesundungsprozess, sondern auch die Beziehung und Interaktion zwischen Soziotherapeut, Soziotherapeutin und Hilfesuchenden. Im Gespräch

---

<sup>12</sup> vgl. Definition Soziabilität Esser, 1999, S. 161

## Soziotherapie

werden Beziehungs- und Interaktionserfahrungen gesammelt, welche von den Klienten und Klientinnen auch ausserhalb des Hilfsangebots angewendet werden können.

### 4. Sozialtherapie als Begleitung

Unter Begleitung wird ein verlässliches zur Seite stehen verstanden, um eine Person in der Bewältigung ihrer sozialen Probleme zu unterstützen. Die soziotherapeutische Begleitung kann dabei eine unterschiedliche Dauer und Intensität annehmen (vorübergehend zur Krisenbewältigung bis über Jahre hinweg).

Diese vier separat aufgeführten Arbeitsformen lassen sich laut Binner und Ortmann (2015) in Wirklichkeit nicht klar voneinander abgrenzen, sondern überschneiden und ergänzen sich gegenseitig (S. 82). Von Karlheinz Ortmann und Dieter Röh werden die vier bereits genannten noch um folgende drei Arbeitsformen ergänzt (zitiert nach Kehlenbeck, 2017, S. 468):

### 5. Sozialtherapie als Case Management

„um die Hilfeplanung zu koordinieren und die Passungsprobleme zwischen Individuum und Umwelt zu bewältigen“

### 6. Sozialtherapie als Netzwerkarbeit

„um dieses individuell zu erschließen, sozialtherapeutisch nutzbar zu machen und Kooperationen zu fördern“

### 7. Sozialtherapie als Krisenintervention

„um die aktuellen großen und im Verlauf kleineren Krisen in der Bewältigungskompetenz zu überwinden und zu bearbeiten.“

## 2.8 Methodisches Vorgehen

### 2.8.1 Diagnostik

*„Sozialtherapeutisches Fallverstehen umfasst nicht nur die Erkrankung selbst, sondern auch die sich daraus ergebenden Folgen im psychischen und sozialen Kontext, Einschränkungen im Leistungsbereich, die Ausgestaltung der erforderlichen Interventionen und deren Rückwirkungen auf die Betroffenen und Krankheitsgeschehen.“* (Pauls & Stockmann, 2013, S. 14).

Diagnoseverfahren, welche zur Erfassung dieses komplexen, im vorangegangenen Zitat dargestellten soziotherapeutischen Fallverständnisses beitragen sollen, haben laut Pauls und Hahn (2015) in den letzten Jahren durch die Weiterentwicklung der klinischen

Sozialarbeit eine intensive Entwicklung durchgemacht (S. 36). Dabei entstanden verschiedene neue Verfahren. All diese Verfahren der psychosozialen Diagnostik sollten gemäss Silke Birgitta Gahleitner und Helmut Pauls den Anspruch haben, die Verbindung zwischen psychischen, sozialen, physischen und alltagsituativen Dimensionen herzustellen (zitiert nach Kehlenbeck, 2017, S. 469). Den Ausführungen Kehlenbecks zufolge ist das Ziel, das durch die Diagnose verfolgt wird, die Erarbeitung eines biopsychosozialen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses und entsprechender Interventionen (S. 472). Sozialtherapeutische Diagnostik ist dabei stark auf dialogische (Klientel – Behandelnde) und triadische (Klientel – Behandelnde – Umwelt) Kommunikation ausgerichtet (S. 468). Bei den Verfahren sind dabei zwei Ansätze zu erkennen: Der *Rekonstruktiv-hermeneutische*, welcher stark auf alltagsnahe und interaktionsabhängige Informationssammlung setzt, und der *Klassifikatorische*, der möglichst zuverlässig und anhand von standardisierten Bögen einen Überblick über die Person in ihrer aktuellen Lebenssituation gewinnen will (S. 469).

### 2.8.1.1 Sozialtherapeutische Fallanalyse

Die von Schwendter (2000, S. 180ff) dargestellte sozialtherapeutische Fallanalyse wurde ursprünglich von Kornelia Stein-Menninkheim entwickelt. Die sozialtherapeutische Fallanalyse versucht die in der psychosozialen Arbeit vorgefundene Komplexität zu zerlegen und zu zergliedern, damit Beziehungen, Tendenzen und Prozesse ersichtlich werden (S. 180). Dabei sollte darauf Acht gegeben werden, dass der Gesamtzusammenhang und die gegenseitige Bedingtheit der einzelnen Faktoren nicht vergessen wird. Die Sozialtherapeutische Fallanalyse betrachtet sechs Ebenen des Fallgeschehens (S. 181):

1. Klientel
2. Beziehung Klientel – Helfende
3. Helfende
4. spezifische Institution
5. gesellschaftlicher Rahmen
6. Sprache, Definition

Anhand verschiedener Aspekte und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven werden diese Ebenen beschrieben. Die Ebene vier kann laut Schwendter beispielsweise, anhand der Aspekte „Einfluss der institutionellen Bedingungen auf das Handeln aller Beteiligten, institutionelle Wechselwirkungen, gesellschaftliche Eingebundenheit, Instrumente, Selbstdefinition, Zielbestimmungen, historische Entwicklung, Fremdwahrnehmung der institutionellen Selbstdefinition durch Helfende und Klientel“ beschrieben werden (S. 181). Entscheidend für die sozialtherapeutische Analyse sind aber nicht in erster Linie die Beschreibungen der einzelnen Ebenen, sondern vielmehr deren Verknüpfung zu einem Gesamtbild (S. 182).

Nebst der sorgfältigen Beobachtung und Faktensammlung beruht die sozialtherapeutische Fallanalyse auf einem bewusst kritischen Umgang mit Interpretationen, Kommentaren und Festschreibungen sowie einer Selbstreflexion in Bezug auf die Fallanalyse selbst (S. 180).

Laut Pauls und Hahn (2013) kann die sozialtherapeutische Fallanalyse als Hintergrundverfahren für andere diagnostische Instrumente betrachtet werden, wie beispielsweise dem Person in Environment oder der Pro-Ziel Basisdiagnostik (S. 36), die im Folgenden dargestellt werden.

### **2.8.1.2 Person in Environment**

*Der „doppelte Fokus [bedeutet], menschliches Verhalten nicht losgelöst von den individuellen und sozialen Lebensverhältnissen zu begreifen. Das theoretische Konzept und die methodische Strategie dieser anspruchsvollen Person-in-Environment-Anforderung impliziert, den Klienten und seine soziale Situation als wechselseitige Beziehung zu erfassen sowie auch die helfende Person in ihrem Einfluss auf dieses und in diesem System zu reflektieren.“* (Geissler-Piltz et al., zitiert nach Deloie, 2011, S. 24-25).

Ein Versuch ein klassifikatorisches Vorgehen zu entwickeln, welches für die bio-psycho-soziale Situationsanalyse eingesetzt werden kann, wurde in den 90er Jahren von den Amerikanern Karls und Wandrei unternommen. Wie die Perspektive, die dahinter steckt, nannten sie ihr System Person-in-Environment, kurz PIE. Vergleichbar mit etablierten Klassifikationssystemen für psychische und körperliche Krankheiten (ICD-10, DSM-V) soll das PIE System bei der systematischen Identifizierung und Klassifizierung von psychosozialen Problemen helfen (Pauls, 2004, S. 246). Das PIE bleibt dabei rein deskriptiv, verfolgt aber das Ziel, dass auf der Grundlage dieser Diagnostik sozialarbeiterische Interventionen aufgebaut werden können. Somit wird es von Pauls (2004) als „Grundlage für die gesamte Hilfeplanung“ bezeichnet (S. 246-247).

Bei der Erhebung von Daten bezüglich Problemen, Ressourcen und Copingstrategien bilden, Stimmer (2012) zufolge, die Beschreibungen des Klienten, der Klientin die Grundlage (S. 77). Im Rahmen eines ausführlichen differenzierten klientenzentrierten Gesprächs werden die Daten erhoben und spezifischen Kategorien zugeordnet (S. 77-78).

Laut Karls und Wandrei können die Kategorien anhand von vier Faktoren gebildet werden (zitiert nach Pauls, 2004, S. 247-249):

1. **Probleme in sozialen Rollen** (familiäre Rollen, berufliche Rollen, andere interpersonale Rollen, Rollen in spezifischen Situationen)

## Soziotherapie

2. **Probleme in Umweltsystemen** (System der ökonomischen und basalen Bedürfnisse, Erziehungs- Bildungssystem, juristisches System, System freiwilliger Zusammenschlüsse, System affektiver Unterstützung)
3. **Psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten**
4. **Körperliche Erkrankungen**

In der soziotherapeutischen Praxis hat man oftmals mit Multiproblem-Klientel zu tun, was dazu führt, dass meistens auf mehreren dieser Ebenen Probleme bestehen. Auf welchen der ersten drei Ebenen die Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen alles intervenieren sollen und wie die Interventionen auszusehen haben, muss im Einzelfall entschieden werden (S. 250).

Als Hilfe zur Durchführung des PIE bestehen verschiedene Erhebungsbögen (z. B. Mini-PIE von Karls & Wandrei), welche als Leitlinien für die Datenerhebung dienen können (Stimmer, 2012, S. 78-79). Um damit arbeiten zu können, brauche es aber eine gute Einführung und Training.

### 2.8.1.3 PRO-Ziel-Basis-Diagnostik

Die PROzessbegleitende und ZIELbezogene Basisdiagnostik ist ein Instrument, welches die Analyse der Lebenssituation (Lebensweise, Ziele, Kompetenzen, Probleme) des Klienten, der Klientin mit der Evaluation der bisherigen Zielerreichung verbindet (Pauls & Hahn, 2015, S. 36). Durch den theoretischen Bezug zum Konzept der Lebensweltorientierung ist bei der Pro-Ziel-Basisdiagnostik die Partizipation, Reflexion und Mehrperspektivität zentral (S. 37). Da die Beteiligung der Klientel und demnach eine Kooperation zwischen Fachkraft und Klientel (z. B. im Dialog, Aushandeln) ein unersetzbarer Bestandteil der Diagnostik ist, gilt die Qualität der Beziehung zwischen Fachkraft und Klientel als wichtiger Faktor, der im Rahmen des Verfahrens selbst Gegenstand der Analyse wird (Stimmer, 2012, S. 107). Gemäss Maja Heiner, der Entwicklerin der Pro-Ziel Basisdiagnostik, entstehen problematische Situationen hauptsächlich aufgrund von vier Diskrepanzen: Kompetenz-, Ressourcen-, Norm-, und Motivationsdiskrepanzen (zitiert nach Stimmer, 2012, S. 107). Diese Diskrepanzen nehmen Einfluss auf eine angemessene Problembewältigung (Pauls & Hahn, 2015, S. 37). Werden sie im Überprüfungsprozess entdeckt, geht es darum, gemeinsam mit dem Klienten, der Klientin daraus Ziele abzuleiten bzw. diese auszuhandeln.

Zur teilstandartisierten Pro-Ziel Basisdiagnostik gibt es vier Diagnoseinstrumente (Stimmer, 2012, S. 107-109):

1. Der **Leitbogen** eignet sich für das Erstgespräch und soll einen allgemeinen Überblick verschaffen. Im Dialog wird darin zu sieben Lebensbereichen (1.) Gesundheit, Befindlichkeit, 2.) Familie, Partnerschaft, 3.) Ausbildung, Beschäftigung, 4.) Einkommen,

## Soziotherapie

- 5.) Unterkunft, Umfeld, Infrastruktur, 6.) soziale und kulturelle Integration, 7.) Beziehung KlientIn-Fachkraft) eine Bestandsaufnahme, Einschätzung und Zielerarbeitung gemacht.
2. Im **Ergänzungsbogen** werden zuvor herausgearbeitete Themen differenziert bearbeitet und verschiedene Problemdefinitionen, mögliche Differenzen und deren Bearbeitungsmöglichkeiten erfasst.
3. Der **Vertiefungsbogen 1** dient zur biographiebezogenen Zielanalyse und untersucht bisherige Problemlösungsversuche.
4. Im **Vertiefungsbogen 2** wird problematisches Verhalten des Klienten/der Klientin durch die Fachkraft analysiert, um herauszufinden, warum Ziele trotz Versuche bisher nicht erreicht wurden.

### 2.8.1.4 Netzwerkanalyse

Unter einem sozialen Netzwerk wird ein wechselwirksames Beziehungsgeflecht verstanden, welches Menschen untereinander bilden (z. B. Mensch-Mensch, Mensch-Institution, Institution-Institution) (Stimmer, 2012, S. 173). Mit der zusätzlichen Betrachtung von Störungsursachen, die nicht in der Person selbst, sondern auch im sozialen Umfeld liegen, entstand ein Bedarf an Diagnoseinstrumenten, die diese sozialen Netzwerke untersuchen. Dabei soll geklärt werden, ob die betroffene Person über genügend soziale Ressourcen verfügt, und falls nicht, was genau fehlt (z. B. Information, materielle Hilfe, emotionale Zuwendung), was die Unterstützung verhindert, wie gut die Person in soziale Netzwerke integriert ist oder welche Rollen die Bezugspersonen einnehmen (Pauls, 2004, S. 228). Die Beantwortung solcher Fragen ist laut Pauls notwendig, um eine Intervention in Bezug auf soziale Netzwerke planen zu können. Stimmer (2012) stimmt dem zu und bezeichnet demzufolge die Netzwerkanalyse als eine Voraussetzung der Netzwerkförderung (S. 90).

Gearbeitet wird in der Netzwerkanalyse unter anderem mit dem Genogramm, Verfahren aus dem Psychodrama (Soziales Atom, Kulturelles Atom, Soziogramm) sowie Verfahren, die Variationen psychodramatischer Verfahren darstellen (z. B. Netzwerk-Karte) (Stimmer, 2012, S. 90). Die unterschiedlichen Verfahren, welche oftmals grafisch dargestellt werden, dienen dazu, verschiedene Zusammenhänge und Eigenschaften der Sozialen Netzwerke darzustellen. Das **Soziale Atom** ist beispielsweise ein Instrument zur Darstellung emotional bedeutsamer Beziehungen. Aus der Darstellung, welche durch die Klientel selbst erstellt werden, können konflikthafte und unterstützende Beziehungen verdeutlicht, sowie Hypothesen und Ziele abgeleitet werden. Die Bezeichnung „Atom“ ist dabei als Metapher zu verstehen, welche aufzeigt, dass die Beziehung als kleinste unteilbare Einheit des sozialen Gefüges betrachtet wird (S. 90-95). Analog dazu geht es beim **kulturellen Atom** um die Aufzeichnung kultureller Rollen bzw. Rollenaspkte, die von der Person vorübergehend (Tourist, Kind) oder



## Soziotherapie

auch lange anhaltend (Mann, Frau, Tochter, Vater) eingenommen werden. Hier lassen sich Diskrepanzen zwischen gewünschten und realisierbaren Rollen herausarbeiten oder durch einen biografischen Vergleich bestimmte Lebensmuster erkennen (S. 95-98). Das **Soziogramm** ist ein Instrument zur Analyse von Beziehungen innerhalb von Gruppen und Institutionen (S. 98-100), die **Netzwerkkarte**, als Modifizierung des sozialen Atoms, zur umfassenden Darstellung der Beziehungsnetze aus unterschiedlichen Lebensbereichen (Arbeit, Familie, Freizeit) (S. 100-101) und das **Genogramm**, welches ursprünglich aus der Familienberatung stammt, dient zur Mehrgenerationenanalyse (S. 103-107).

### 2.8.2 Intervention

Nach der psychosozialen Diagnostik erfolgt laut Kehlenbeck (2017) die soziotherapeutische Interventionsplanung, bei welcher gemeinsam mit dem Klient/der Klientin nach individuellen Lösungsmöglichkeiten und entsprechenden Interventionsschritten gesucht wird (2017, S. 469). Die Interventionen werden so gewählt, dass sie gesundheitsfördernd sowie sinn- und handlungsändernd sind und zu einer positiven Veränderung der Passungsprobleme zwischen Individuum und Umwelt beitragen (Pauls, 2004, zitiert nach Kehlenbeck, 2017, S. 469). Was erfolgreiches Handeln in der Soziotherapie ausmacht, sind dabei die vielen kleinen alltäglichen Schritte (Steingass et al., 2000, S. 14).

Als dialogisches Angebot, in dem die Behandelnden mit den Hilfesuchenden zusammen kommunizieren und interagieren, kann sich die Soziotherapie laut Binner und Ortmann (2015) nicht auf Handlungsanleitungen, im Sinne von Rezepten stützen. Vielmehr sei ein experimentelles Denken und Handeln notwendig, welches von den Behandelnden eine hohe Kreativität, Rollen-, Wissens- und Methodenvielfalt erfordere (S. 84).

Aufgrund der grossen Vielfalt der soziotherapeutischen Behandlungsmethodik kann im Rahmen dieser Arbeit kein Abriss des anwendbaren Methodenrepertoires geben werden. Vielmehr werden exemplarisch einige Methoden vorgestellt, welche für die Soziotherapie als geeignet erscheinen und in der Praxis oft verwendet werden.

#### 2.8.2.1 Case-Management

Gemäss Dieter Eicke ist der Ort der Soziotherapeutin, des Soziotherapeuten die Schalt- und Koordinationsstelle der verschiedenen Fachrichtungen und ihren Bemühungen um den Klienten, die Klientin (zitiert nach Schwendter, 2000, S. 8). Ein Konzept, welches bei der Ausführung dieser hier beschriebenen Koordinationsaufgabe eingesetzt werden kann, ist das Case Management.

Entwickelt wurde das Case Management Mitte der 70er Jahren in den USA und stellt eine Modifizierung des eher einzelfallorientierten Case Work dar (Stimmer, 2012, S. 165). Case

## Soziotherapie

Management beabsichtigt Menschen in Multiproblemlagen zu unterstützen und durch den komplexen Hilfsprozess zu begleiten (Fallmanagement), aber auch die Kooperation und Koordination der verschiedenen Hilfsangebote zu steuern (Systemmanagement) (Löcherbach, 2017, S. 147). Der Case Manager, die Case Managerin kann somit als Koordinator/-in verschiedener Systeme, Vermittler/-in von Dienstleistungen und Berater/-in im Lebensumfeld beschrieben werden (Pauls, 2004, S. 302). Auf der Grundlage der advokatorischen Ethik kann dem Case Manager, der Case Managerin auch eine anwaltliche Funktion zukommen, welche situationsspezifisch Entscheidungen für die Klientel trifft, ihre Rechte bestmöglich vertritt, die Hilfen überprüft und sich auch einmischt (Stimmer, 2012, S. 171). Ziel dabei ist es, die Hilfe zu optimieren (bezüglich Erfolg aber auch aus ökonomischer Perspektive), indem dem Klienten, der Klientin dabei geholfen wird, alle formellen, wie auch informellen Ressourcen zu aktivieren, nutzbar zu machen und untereinander zu vernetzen (S. 165-166).

Im Case Management wird mit methodisch definierten Regelkreisen gearbeitet, welche aus unterschiedlichen Phasen bestehen. Löcherbach (2017) stellt ein Beispiel eines solchen Regelkreis-Modells vor, welches aus sechs Phasen besteht (S. 147):

1. Klärung & Aufnahme,
2. Bedarfsermittlung
3. Planung
4. Durchführung
5. Leistungssteuerung & Monitoring,
6. Evaluation

In den unterschiedlichen Phasen können dabei diverse Methoden und Techniken zum Einsatz kommen, weshalb auch vom Methodenpluralismus des Case Managements gesprochen werden kann.

### **2.8.2.2 Netzwerkarbeit**

Soziale Netzwerke spielen in der Soziotherapie insbesondere aufgrund ihrer Funktion der sozialen Unterstützung eine zentrale Rolle (Stimmer, 2012, S. 179). Laut Bernd Röhrle übernehmen Netzwerke verschiedene Aufgaben: Unter anderem bieten sie Bindungen an, beeinflussen Stressbewältigungsprozesse positiv, befriedigen Bedürfnisse (Sicherheit, Zugehörigkeit, Identität, Anerkennung), übermitteln Werte, entscheiden über den Zugang zu professioneller Hilfe (zitiert nach Stimmer, 2012, S. 179-180). Um diese unterstützenden Möglichkeiten auch Menschen zugänglich zu machen, welche aus eigener Kraft nicht ausreichend förderliche Netzwerke erschliessen können, sei eine spezifische Intervention in Form der Netzwerkförderung oder der Netzwerkberatung notwendig. Als Grund für die Probleme bei der Erschliessung sozialer Netzwerke kommen dabei Eigenschaften des Umfeldes wie auch

## Soziotherapie

bestimmte Defizite der Klientel in Frage (Pauls, 2004, S. 302). Die Netzwerkarbeit zielt aus diesem Grund sowohl auf die Veränderung in der Person, als auch auf die Veränderung der Lebensumwelt ab. Dabei können fünf Strategien der soziotherapeutischen Netzwerkarbeit benannt werden (S. 304-305):

1. Schaffung eines neuen Netzwerkes
2. Stärkung vorhandener Netzwerke
3. Verknüpfung von Netzwerken
4. Befähigung zu eigenständiger Netzwerkgestaltung
5. Erhöhung der Bereitschaft Hilfe zu suchen und anzunehmen

Als wichtige Konzepte zur Verfolgung dieser fünf Strategien können dabei die Netzwerkberatung und die Netzwerkförderung genannt werden.

In der **Netzwerkberatung** werden laut Stimmer (2012) mithilfe der beratenden Person Belastungsquellen wahrgenommen, eingeschätzt, gegebenenfalls abgebaut und im Gegenzug dazu Hilfsquellen erschlossen. Das heisst, dass den Klienten und Klientinnen in einem verständnisorientierten Klima (z. B. durch die Methode der Klientenzentrierten Beratung) die Möglichkeit geboten wird, sich der Gründe und Schwierigkeiten bewusst zu werden, die sie an der Annahme von Unterstützung hindern. Weiter kann durch die Beratung zu einer Bewusstmachung negativ wirkender sozialer Netzwerke beigetragen werden, indem die Beratenden das für die Klienten und Klientinnen Positive dieser Netze würdigen, zugleich aber mit ihnen gemeinsam auch das Schädigende herausarbeiten. Zusätzliche Aufgaben der Netzwerkberatung sind die Information über vorhandene Unterstützungsangebote, die Beratung von Unterstützenden und Hilfeleistenden sowie die Vermittlung zwischen ihnen und den Klienten und Klientinnen (S. 181-182).

Zur Durchführung der **Netzwerkförderung** beschreibt Stimmer (2012) folgende fünf spezifische Verfahren: In der *Helferkonferenz* wird kurzfristig ein Netzwerk aus allen beteiligten Hilfeleistenden sowie den Klientinnen und Klienten selbst gebildet. Ziel dabei ist es, die Sichtweisen aller Beteiligten bezüglich Problemstellung, Zielvorstellung und Lösungsmöglichkeiten zusammenzutragen, um Vereinbarungen zu treffen, die von allen gemeinsam getragen werden (S. 262). Ähnlich läuft die *Netzwerk-Konferenz* ab. Darin kommen alle Mitglieder eines sozialen Netzwerkes (z. B. einer Familie, eines Arbeitsteams) zusammen. Auch hier ist die Eruiierung von Problemen Thema, wie auch die Frage der Unterstützungsbereitschaft der Anwesenden, damit ein Bild über potentielle Ressourcen gemacht werden kann. (S. 263). In der *Psychodramatischen Netzwerkkonferenz* wird ein reales Netzwerk eines Gruppenmitglieds durch andere Gruppenmitglieder anhand des methodischen Vorgehens des Psychodramas (vgl. Stimmer, 2012, S. 240-251) nachgespielt. Das Spiel kann bestehende Ängste und Beziehungsstrukturen verdeutlichen, aber auch als Vorbereitung einer

## Soziotherapie

konkreten Netzwerkkonferenz dienen (S. 263-264). Auch das *Soziodrama* stammt aus der Basismethode des Psychodramas. Im Soziodrama wird eine Situation inszeniert, die verfestigte Meinungen, Vorurteile und Rollenmuster aufzeigen soll, welche die Verknüpfung von Netzwerken verhindern (S. 264).

### **2.8.2.3 Milieuthherapie**

Insbesondere im stationären Bereich liegt der Behandlungsschwerpunkt der Soziotherapie nicht selten auf der Milieuthherapie (Melchinger, Heiner zitiert nach Schönherr, 2003, S. 17). Die Milieuthherapie, oft auch als therapeutisches Milieu bezeichnet, ist laut Wilfred Bion – einem Wegbereiter der Milieuthherapie – ein „gemeinsamer therapeutischer Prozess im Rahmen einer temporären Lebensgemeinschaft“ (zitiert nach Gahleitner, 2017, S. 621). Dabei wird die Interaktion in der Gruppe bzw. der therapeutischen Gemeinschaft, welche aus Patienten und Patientinnen ebenso wie aus dem Team besteht, als das Mittel der Behandlung gesehen (Ploeger, 1978, S. 71). In dieser therapeutischen Gemeinschaft soll eine „haltende Kultur“ geschaffen werden, in der in einem nicht bedrohlich wirkenden Rahmen Neues ausprobiert und Kritik und Einfluss geübt werden kann (Dörner et al., 2002, S. 557). Im Zusammenspiel mit anderen Menschen aus der Gemeinschaft sollen Patienten und Patientinnen auf diese Weise neue soziale Fertigkeiten erlernen können (Epprecht, 1978, S. 114). Ziel dahinter ist die Reifung des Individuums zur eigenständigen konstruktiven Bewältigung seiner Probleme (Ploeger, 1978, S. 71). Die Milieutherapeuten und -Therapeutinnen nehmen Einfluss auf die Reifung, indem durch das eigene Verhalten Werte vermittelt werden, wie z. B. Mitverantwortung, Mitmenschlichkeit, Offenheit, Verbindlichkeit und gute Kommunikation. Die durchs Vorleben vermittelten Werte dienen dazu, den anderen Mitgliedern der Gruppe ihre ungünstigen mitmenschlichen Verhaltensmuster bewusst zu machen und sie dazu anzuregen, zweckmässigere zu entwickeln (Jorstad, 1978, S. 117). Als Milieutherapeuten und Milieutherapeutinnen werden dabei alle Mitarbeitenden bezeichnet, die mit den Patienten und Patientinnen im Alltagsleben zusammen sind. Das heisst, dass sie aus unterschiedlichen professionellen Hintergründen kommen können. Ihre Hauptaufgaben bestehen laut Jorstad darin, authentisch zu sein, mit den Patienten und Patientinnen zusammen zu sein und mit ihnen zusammenzuarbeiten (S. 118).

Obwohl die unterschiedlichen Kompetenzen der Mitglieder nicht abgestritten werden, soll der Gegensatz zwischen Patienten, Patientinnen und Therapeuten, Therapeutinnen in der Milieuthherapie verschmelzen und die Gemeinschaft als demokratisches Sozialsystem gestaltet werden (Ploeger, 1978, S. 73). Das heisst, dass das Milieu so gestaltet wird, dass alle Mitglieder Träger und Trägerinnen von Autorität und Verantwortung sind. Die Verschmelzung zeigt sich auch daran, dass das therapeutische Milieu nicht nur die Ressourcen der Patientenschaft sondern auch die des Personals erweitern soll (Jorstad, 1978, S. 117).

## Soziotherapie

In der Milieutherapie Tätige treten weniger als Fachperson auf denn als Mensch, was eine Mensch-zu-Mensch Begegnung ermöglicht. Um die Gemeinschaft zu stärken, können verschiedene Gruppenaktivitäten eingeführt werden (z. B. Gruppendiskussionen, gemeinsames Kochen, Ausflug, Gruppensitzungen).

Eine gezielte Milieugestaltung muss sich aber nicht zwingend positiv auswirken und therapeutisch wirken, sondern kann, wie Asmus Finzen (1987) es ausdrückt, ebenso „antitherapeutischen“ Einfluss nehmen (S. 21). Um dies zu verhindern sollen regelmässige externe Supervisionen eingesetzt werden, sowie institutionalisierte Gefässe zum distanzierten Nachdenken des therapeutischen Teams. Dadurch kann zudem die Chance minimiert werden, dass eine zu grosse Differenz zwischen der Institution und der Aussenwelt entsteht und die Mitglieder zu stark von der Aussenwelt entfremdet werden (Uchtenhagen, 1978, S. 99).

### 2.8.2.4 Training sozialer Verhaltensweisen

Die Idee, dass entdeckte Mängel auf der Verhaltensebene durch Vermittlung und Training sozialer Kompetenzen verändert werden können, stammt aus der Verhaltenstherapie. Ihr liegt die Haltung zugrunde, dass die Person, bei welcher der Mangel entdeckt wird, nicht das Problem *ist*, sondern Probleme *hat* (Northoff, 2012, S. 203). Die Verhaltensweisen, die zu den Problemen geführt haben, hat die Person demnach erlernt und kann sie durch das Erlernen neuer Strategien auch wieder verlernen.

Laut Pauls & Hahn (2015) dient das Training sozialer und kommunikativer Kompetenzen dazu, die zwischenmenschlichen Beziehungen der Klientel zu verbessern und ihnen die soziale Integration zu erleichtern (S. 38). Hilarion Petzold und Johanna Sieper definieren dabei drei Ebenen der Kompetenzerweiterung (zitiert nach Pauls & Hahn, 2015, S. 38):

1. Grundlegender **Aufbau** und **Erwerb** von Fertigkeiten (instruieren, modellieren, üben)
2. **Ausbau** und **Optimierung** von Fertigkeiten (beratende Gespräche, Rollenspiele, Dialoge)
3. **Transfer** von Fertigkeiten in den Lebensalltag (Begleitung, Übungs- /Hausaufgaben, Aufsuchen von Alltagssituationen, Einbezug von Bezugspersonen).

Für die Arbeit an konstruktiven sozialen Fertigkeiten wurden verschiedenste Verfahren entwickelt, wie beispielsweise das *Soziale Training*. Das Soziale Training ist, Northoff (2012) zufolge, als Einzeltraining möglich, wird aber meistens in Gruppen durchgeführt. Die ca. 5-20 Sitzungen werden von den Sozialarbeitenden oder Psychotherapeuten, Psychotherapeuten, welche diese leiten, in verschiedene Phasen unterteilt (Vorbereitungsphase, Einführungsphase, individuelles Fehlverhalten, Erlebnisphase, Lernphase und Schlussphase). Mittlerweile gibt es relativ viele hoch differenzierte und thematisch zugeschnittene Soziale Trainings, deren Wirksamkeit teilweise gut nachgewiesen ist. Die behandelten Themen reichen von

## Soziotherapie

Gruppenregeln, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Notfallmanagement bis hin zu Flirttrainings (S. 206-208).

Eine Alternative zum Training sozialer Kompetenzen im klassischen Therapiesetting stellt Wendlandt (2003) mit seiner Methode der *In-vivo-Arbeit* vor. Darunter wird ein professionell geleitetes Veränderungstraining im Alltag bzw. „im wirklichen Leben“ verstanden. Die beratende Person verlässt dabei mit seiner Klientel den Beratungsstuhl. Überall wo sie sind (z. B. Einkaufszentrum, Zug, Nachbarschaft, Park) beobachten sie gemeinsam, erproben bereits eingeübte Fertigkeiten und sammeln Erfahrungen. Am Anfang ist die beratende Person dabei und verstärkt, gibt Hinweise und ist ein Modell für das Zielverhalten – mit der Zeit begibt sich der Klient, die Klientin alleine in die Lebenssituationen und versucht selbst das Zielverhalten einzuüben und auf Umgebungsbedingungen zu reagieren. Dabei ist die In-vivo-Arbeit eine wissenschaftlich fundierte und empirisch erprobte Methode mit spezifischen Vorgehensweisen (S. 7-8).

### 2.8.2.5 Beziehungsgestaltung

Nicht aus der Soziotherapie wegzudenken ist die Beziehungsgestaltung. Ganz im Sinne der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie wird auch in der Soziotherapie *AN* und *MIT* der therapeutischen Beziehung gearbeitet (vgl. Neukom, Grimmer & Merk, 2011, S. 459). So kann eine stabile TherapeutIn-KlientIn Beziehung als Teilziel soziotherapeutischer Interventionen, wie auch als methodisches Vorgehen zur Zielerreichung bezeichnet werden.

In Anlehnung an Andrea Huf, welche allgemeine Wirkfaktoren einer Therapie definiert, bezeichnen Steingass et al. (2000) eine stabile, unterstützende, wertschätzende, aufbauende und fördernde therapeutische Beziehung als eine der wichtigsten Ressourcen von Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen (S. 20). Lammel, Jungbauer und Trost (2015) schliessen sich dem an und bezeichnen die Beziehungsgestaltung als Dreh- und Angelpunkt psychosozialer Interventionen sowie als Voraussetzung einer heilsamen Therapie. Als Hintergrund der Beziehungsarbeit beschreiben sie die Bindungstheorie, welche die Bindung zu einer primären Bezugsperson als wichtigste Ressource für die Entwicklung von Kompetenzen sowie eines Urvertrauens zur Welt entdeckt hat. Insbesondere weil ein Grossteil der Klientel hochunsicher gebunden ist, sollte ihnen durch die professionell gestaltete Beziehung positive sekundäre Bindungserfahrungen ermöglicht werden (S. 19-20).

Um zum Aufbau einer stabilen Beziehung beizutragen, braucht es eine wohlwollende und empathische Haltung des Therapeuten, der Therapeutin, dass dieser, diese dem Klienten, der Klientin etwas zutraut sowie mit einer positiven Entwicklung rechnet (Neukom, Grimmer & Merk, 2011, S. 459). Um eine Bindung zu ermöglichen, ist zudem Präsenz und Konstanz wichtig sowie die flexible Ausgestaltung von Nähe und Distanz, welche individuell angepasst wird und auf den bestmöglichen Hilfeerfolg ausgerichtet ist (Binner & Ortmann, 2015, S. 83).

# 3 Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

In den vorangegangenen Kapiteln wurde der Kontext des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs vorgestellt und ausgearbeitet, was die Behandlungsmethode der Soziotherapie beinhaltet und wie sie ausgestaltet werden kann. Nachdem die beiden Konzepte Soziotherapie und Massnahmenvollzug bereits einzeln analysiert wurden, geht es in diesem Kapitel nun um eine Zusammenführung der darin gewonnenen Erkenntnisse – es geht dementsprechend um die Soziotherapie im Massnahmenvollzug. Im Rahmen dieses Kapitels soll dabei folgende Fragestellung beantwortet werden:

*Inwiefern eignet sich die Soziotherapie, um zur Zielerreichung des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs beizutragen?*

Wie in der Einleitung beschrieben, wurden aus dieser Leitfrage drei Unterfragen abgeleitet, welche je einen eigenen Beitrag zur Beantwortung der Fragestellung leisten und einen Hinweis bezüglich der Eignung der Soziotherapie geben soll, sich an der Zielerreichung des Massnahmenvollzugs zu beteiligen.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse stellen eigene Erkenntnisse aus der Zusammenführung und dem Vergleich der beiden Konzepte dar, stützen sich aber auf die in den vorangegangenen Kapiteln verwendete Literatur.

## 3.1 Gegenüberstellung und Vergleich

*Welche gemeinsamen Ziele verfolgen die Soziotherapie und der schweizerische Massnahmenvollzug und welche weiteren Parallelen lassen sich aus dem Vergleich der beiden Konzepte ableiten?*

Zur Beantwortung der ersten Unterfrage wurden der Massnahmenvollzug und die Soziotherapie miteinander verglichen. Aus dem Vergleich liessen sich verschiedene Parallelen sowie gemeinsame Ziele ableiten, die im Folgenden erläutert werden. Die dargestellten Ähnlichkeiten der beiden Konzepte lassen darauf schliessen, dass sich die Soziotherapie zielführend im Massnahmenvollzug einbringen kann.

### 3.1.1 Gemeinsame Ziele

In diesem Kapitel folgt, nach einer Zusammenfassung der in Kapitel 2 und 3 herausgearbeiteten Ziele des Massnahmenvollzugs und der Soziotherapie, eine Gegenüberstellung der Ziele.

Im Schweizer Strafvollzug werden durch sämtliche verordneten Massnahmen hauptsächlich zwei Ziele verfolgt: Das *Resozialisierungsziel* sowie das Ziel der *Rückfallprävention*. Im Bereich des therapeutischen Massnahmenvollzugs werden diese allgemeinen Vollzugsziele noch durch ein drittes ergänzt, nämlich dem Ziel der *Behandlung* der straffällig Gewordenen. Obwohl diese drei Ziele gesetzlich nicht per se anders gewichtet werden, geht aus der Literatur eine klare Hierarchie der Ziele hervor. So wird das Ziel der Behandlung angestrebt, um einerseits die Gefahr weiterer mit der psychischen Störung (vgl. Art. 59 StGB) oder der Sucht (vgl. Art. 60 StGB) in Zusammenhang stehender Taten zu verhindern und andererseits eine Resozialisierung zu ermöglichen. Dem Resozialisierungsziel liegt die Erkenntnis zugrunde, dass geringe soziale Fähigkeiten zu sozialer Desintegration führen und diese wiederum eine wesentliche Ursache von Delinquenz darstellt. Das Ziel der Resozialisierung dient demnach ebenso dazu, die Rückfallquote zu verringern. Daraus geht hervor, dass die Ziele der Behandlung sowie der Resozialisierung auch als „Mittel“ bezeichnet werden können, um das übergeordnete Ziel der Rückfallprävention zu verfolgen. Im Vordergrund stehen also nicht hauptsächlich die Straffälligen und ihr Behandlungsbedürfnis, sondern das Sicherheitsinteresse der Gesellschaft.

In der Soziotherapie werden durch einen doppelten Fokus, das heisst durch Interventionen am Individuum sowie an seiner Umwelt, bestehende Passungsprobleme zwischen dem betroffenen Individuum und der Umwelt behandelt. Dabei sollen soziale Ressourcen erschlossen werden, um das Ziel der *sozialen Teilhabe* zu erreichen. Obwohl diese Teilhabe den Interessen beider „Seiten“ entsprechen soll, steht bei der Soziotherapie – als eine eher der Person zugewandten Behandlungsform – das Interesse des Individuums doch stärker im Fokus. So soll die soziale Teilhabe, wie auch die direkte Intervention an den Klienten und Klientinnen, zu einer Genesung ihrer psychosozialen Gesundheit beitragen, welche wiederum zu einer möglichst gelingenden Gestaltung des Alltags beiträgt. Diese Genesung kann auch als *Recovery* beschrieben werden. Die Ziele der sozialen Teilhabe und des Recovery stehen dabei in wechselseitiger Beziehung und bedingen sich gegenseitig.



## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

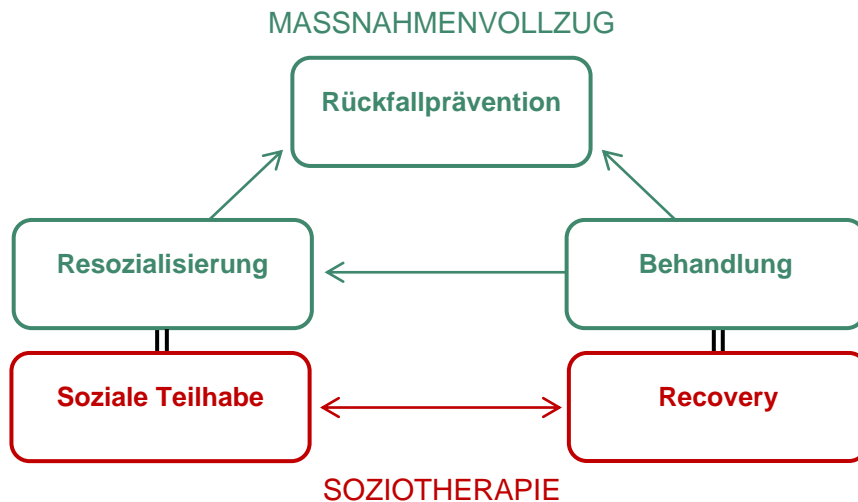


Abbildung 6. Ziele im Vergleich

Wie Abbildung 6 verdeutlicht, lassen sich im Vergleich deutliche Parallelen zwischen den Zielen der Soziotherapie und denen des Massnahmenvollzugs ziehen. So ist das Ziel der Behandlung der psychischen Störung bzw. der Sucht, eng verknüpft mit dem Recovery-Ziel. Das Resozialisierungsziel, mit seinem Fokus auf Wiedereingliederung in die Gesellschaft, steht wiederum in grossem Zusammenhang mit dem Ziel der sozialen Teilhabe. Unterschiede können in der Gewichtung der Ziele gesehen werden. Während ein gesundes und behandeltes Individuum im Massnahmenvollzug gewissermassen als „Mittel“ angesehen wird, um die Resozialisierung zu erreichen und Rückfälle zu vermeiden, gilt es in der Soziotherapie als vollwertiges Ziel. Dieses Ziel, welches das Wohlergehen der Person stark gewichtet, ist in der Soziotherapie dementsprechend nicht nur „Mittel zum Zweck“, sondern auch „Zweck“. Ähnlich steht es um das Ziel der Resozialisierung bzw. der sozialen Teilhabe. Auch hier lässt sich erkennen, dass im Massnahmenvollzug die Verfolgung einer gelingenden Resozialisierung mehrheitlich darauf ausgerichtet ist, Rückfälle zu vermeiden, während die soziale Teilhabe in der Soziotherapie in erster Linie dem Individuum zu Gute kommen soll.

Trotz dieser unterschiedlichen Gewichtung wird aus dem Vergleich der Ziele ersichtlich, dass sich die Soziotherapie bezüglich ihrer Zielsetzung eignet, um einen Beitrag zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs zu leisten. Das aus dem Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft erwachsende Ziel der Rückfallprävention wird durch die Soziotherapie zwar nicht explizit verfolgt, kann aber indirekt durch die Förderung von Recovery und sozialer Teilhabe erreicht werden. In Anlehnung an verschiedene Autoren kann Kriminalität auch als Passungsproblem zwischen Individuum und Gesellschaft bezeichnet werden (z. B. Seifert, 2014, Schwendter, 2000). Indem Soziotherapie solche Passungsprobleme beheben möchte, setzt sie sich demnach ebenfalls für die Rückfallprävention ein. Der besondere Beitrag, den sie

diesbezüglich leisten kann, hängt stark mit ihrem doppelten Fokus zusammen. Während die Psychotherapie und die Arbeitsagogik hauptsächlich an der Behandlung vom Individuum ansetzen, um darüber zur Rückfallprävention beizutragen und die Eingewiesenen für die Resozialisierung vorzubereiten, setzt die Soziotherapie als einzige Behandlungsform zusätzlich noch an der Umwelt an. Gemäss dem soziotherapeutischen Verständnis sollte die Lösung von Person-Umwelt-Problemen nicht allein der Person angelastet werden. Daraus kann die Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs den Auftrag ableiten, auch die Gesellschaft (soweit als möglich) und das direkte soziale Umfeld auf die Resozialisierung vorzubereiten.

### 3.1.2 Parallelen

Die Ähnlichkeit der beiden Konzepte zeigt sich nicht nur in der Zielverfolgung, sondern auch in weiteren Gemeinsamkeiten. So wurden aus dem Vergleich von Soziotherapie und Massnahmenvollzug von den Autorinnen folgenden Parallelen ausgearbeitet:

**KLIENDEL:** Aus dem Vergleich der Literatur über Soziotherapie und Massnahmenvollzug lässt sich ableiten, dass sich die Klientel der Soziotherapie und des Massnahmenvollzugs in vielerlei Hinsicht sehr ähnlich sind. Die wohl auffallendste Gemeinsamkeit der beiden Adressatengruppen besteht in ihrer *ingeschränkten sozialen Teilhabe*. Delinquente Personen, wie auch die Klientel der Soziotherapie, gelten als soziale Randgruppen, die von einem sozialen Ausschluss betroffen sind. Diese Einschränkung der sozialen Teilhabe kann verschiedene Ursachen haben. Sie kann beispielsweise durch die räumliche Trennung der beiden Klientengruppen von ihrem üblichen Umfeld bedingt sein. Bei Adressaten und Adressantinnen von stationären therapeutischen Massnahmen ergibt sich diese aus dem Freiheitsentzug an sich, der wie jede andere freiheitsentziehende Sanktion zwangsläufig einen sozialen Ausschluss mit sich bringt. Ähnlich verhält es sich auch bei der Klientel von soziotherapeutischen Interventionen. Obwohl Soziotherapie auch im ambulanten Setting stattfinden kann, lassen die unterschiedlichen Anwendungsgebiete darauf schliessen, dass ein Grossteil der Klientel in stationären Einrichtungen betreut wird.

Doch schon vor der Einweisung in eine stationäre Behandlung leben viele Klienten und Klientinnen eher sozial ausgegrenzt. Als Ursache für die frühere Einschränkung der sozialen Teilhabe können die *multiplen Problemlagen* beider Klientengruppen betrachtet werden. Psychische Störungen, Substanzabhängigkeiten, Erwerbslosigkeit, gestörte Beziehungsfähigkeit, traumatisierende Ereignisse in der Kindheit und viele weitere Problemlagen wirken sich nicht selten erschwerend auf die soziale Teilhabe aus.

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

Die Vielfalt gleichzeitig vorliegender und multikausal verursachter Probleme führt dazu, dass die Behandlung der Klientel sowohl der Soziotherapie, als auch des Massnahmenvollzugs nicht nur einseitig stattfinden sollte, sondern nach einer Bearbeitung auf verschiedenen Ebenen verlangt.

Eine weitere Gemeinsamkeit der beiden Klientengruppen liegt in der *fehlenden Freiwilligkeit*, sich einer Behandlung zu unterziehen. Gemäss Trotter (2001) gelten Adressaten und Adressatinnen des Strafvollzugs deshalb als unfreiwillige Klienten und Klientinnen, „weil sie sich nicht ausgesucht haben, diese Angebote der Sozialeinrichtungen in Anspruch zu nehmen“ (S. 100-101). Wie in Kapitel 3.5.1 dargelegt, ist davon auszugehen, dass auch ein Grossteil der Klientel in soziotherapeutischen Settings sich nicht freiwillig in Behandlung begibt, sondern dass sie durch den zunehmenden Leidensdruck oder äussere Rahmenbedingen dazu gezwungen werden.

Hinzu kommt, dass bei der Klientel des Massnahmenvollzugs ebenso wie der Soziotherapie davon gesprochen wird, dass sogenannte *Passungsprobleme* zwischen Individuum und Umwelt vorliegen. Demnach liegt in der Interaktion zwischen Individuum und dessen sozialem Umfeld eine Störung vor. In der Soziotherapie werden sämtliche psychosoziale Problemlagen als Passungsprobleme verstanden. Bei der Klientel des Massnahmenvollzugs werden deren beide Hauptmerkmale Delinquenz und psychische Störung in der Literatur mehrfach als eine Fehlanpassung des Individuums an dessen Umfeld bezeichnet (vgl. Kapitel 2.3.2.1 & 3.5.1).

**BIO-PSYCHO-SOZIALES VERSTÄNDNIS:** Das aus der Soziotherapie nicht wegzu-denkende bio-psycho-soziale Grundverständnis nahm auch auf die Entwicklung des Massnahmenvollzugs einen grossen Einfluss. Wie in der historischen Herleitung des Massnahmenvollzugs dargelegt (vgl. Kapitel 2.1.2), gelang man nach und nach zur Überzeugung, dass Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Straftaten wie auch zwischen sozialen Umwelteinflüssen und der Straf- bzw. Rückfälligkeit bestehen. Diese Erkenntnis führte dazu, dass psychisch kranke Straftäter und Straftäterinnen nicht mehr nur weggesperrt und unbehandelt in die Gesellschaft entlassen wurden, sondern dass sich der Massnahmenvollzug entwickelte, welcher an der Behandlung der Störung, aber auch an der Verbesserung von sozialen Umständen ansetzen sollte. Der Massnahmenvollzug kann demnach als gesellschaftliche Antwort auf die biologisch-psychisch-sozial ausgelöste Kriminalität psychisch kranker Personen bezeichnet werden (vgl. Schwendter, 2000, S. 20).

In dieser Hinsicht eignet sich die Soziotherapie als Behandlungsmethode, die psychosozial interveniert, in ihrer Diagnostik aber auch die biologische Dimension als dritten Aspekt des biopsychosozialen Modells nicht ausser Acht lässt, gut, um im Massnahmenvollzug Anwendung zu finden. Gelingt es ihr, im Analyseverfahren mehrere Ursachen auf den drei Ebenen

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

ausfindig zu machen, zu verknüpfen und geeignete Interventionen daraus abzuleiten, kann sie einen wichtigen Beitrag zur Rückfallprävention leisten.

**INTERDISZIPLINARITÄT:** Vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells lässt sich auch der interdisziplinäre Fokus erklären, welcher in der Soziotherapie wie auch im Massnahmenvollzug bedeutsam ist. Dadurch, dass mehrere Ebenen als problemverursachend verstanden werden, muss als logische Folge auch die Behandlung auf mehreren Ebenen ansetzen und aus einem Zusammenwirken verschiedener Disziplinen bestehen. So sind beispielsweise Professionelle aus der Medizin auf die biologische Ebene, solche aus der Psychologie auf die psychische Ebene und solche aus der Sozialen Arbeit auf die soziale Ebene spezialisiert.

Soziotherapie als Behandlungsmethode der klinischen Sozialarbeit – wie sie in dieser Arbeit verstanden wird – stellt zwar kein multidisziplinäres Konzept dar, ist aber dennoch auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ausgerichtet. Nebst ihrer Spezialisierung auf die (psycho-) soziale Ebene übernimmt die Soziotherapie auch die Aufgabe der Förderung einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Behandelnden. Dementsprechend können Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen zusätzlich als Spezialisten und Spezialistinnen der Interdisziplinarität oder auch als „doppelt spezialisiert“ bezeichnet werden.

Im stationären Massnahmenvollzug zeigt sich die hohe Bedeutsamkeit der Interdisziplinarität an den Behandlungskonzepten der Massnahmenvollzugsanstalten. Obwohl die interdisziplinäre Behandlung gesetzlich nicht festgelegt wird, stützen sich die Konzepte auf eine Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen (z. B. Sicherheitsdienst, Gesundheitsdienst, Psychiater und Psychiaterinnen, Psychotherapeuten und -Therapeutinnen, Sozialarbeitende bzw. Sozialpädagogen und -Pädagogen, Arbeitsagogen und -Agoginnen).

**SUBSIDIARITÄTSGEDANKE:** Eine weitere Gemeinsamkeit liegt im Verständnis, dass der Massnahmenvollzug und die Soziotherapie dann zum Einsatz kommen, wenn andere Behandlungsformen nicht ausreichen oder an ihre Grenzen stossen. Sie werden also gewissermassen subsidiär angewendet. Beim Massnahmenvollzug ist dieses Verständnis in Art. 56 Abs. 1a StGB verankert, in dem festgehalten ist, dass eine Massnahme angeordnet wird, wenn die Strafe allein nicht ausreicht, um der Gefahr weiterer Straftaten zu begegnen. Bei der Soziotherapie ist der subsidiäre Gedanke nicht explizit festgehalten. Es wird jedoch ersichtlich, dass die Soziotherapie bereits seit ihren ersten Erscheinungsformen selten die erste Wahl ist. Vielmehr wird sie oft erst mit einbezogen, wenn andere Behandlungsformen zu wenig Wirkung bzw. keine Wirkung gezeigt haben (vgl. 3.5.1). Dieser subsidiäre Einsatz kann ein Grund dafür sein, dass in Anwendungsgebieten der Soziotherapie, aber auch im Arbeitsfeld des Massnahmenvollzugs, oft nur Klienten und Klientinnen in hoch komplexen Problemlagen anzutreffen sind, die zudem therapeutisch schwer erreichbar sind.

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

Diesbezüglich lassen sich folgende Fragen stellen: Warum werden diese Behandlungsformen oft nur subsidiär eingesetzt? Liegt es daran, dass es bei weniger komplexen Fällen andere Massnahmen gibt, die eine bessere Wirkung erzielen (z. B. Strafe / anderen Formen der Sozialen Arbeit oder Psychotherapie alleine) und ist die Komplexität somit eine Voraussetzung für die Wirksamkeit der beiden Konzepte? Oder liegt es an ihrer umstrittenen Legitimation und den dürftigen Wirksamkeitsnachweisen? Vor dem Hintergrund des Literatur-Reviews könnte die Antwort irgendwo dazwischen liegen. Einerseits sind Behandlungsformen, die auf mehreren Ebenen ansetzen, nur wirklich sinnvoll, wenn auch auf mehreren Ebenen Probleme vorliegen. Andererseits können Legitimationsschwierigkeiten dazu führen, dass zuerst besser bekannte, weniger kostenintensive oder besser erforschte Therapieformen zum Einsatz kommen.

**GRUPPENVOLLZUG:** In der Soziotherapie wie auch im Massnahmenvollzug kommt der Gruppe eine grosse Bedeutung zu. Weil Passungsprobleme zwischen Umwelt und Individuum bestehen, ist es wichtig, das Individuum in einem sozialen Umfeld und nicht isoliert zu behandeln. Therapeutische Gemeinschaften, als solche auch der Gruppenvollzug angesehen werden kann, können dazu dienen, Probleme auf zwischenmenschlicher Ebene zu bearbeiten und soziale Fähigkeiten zu fördern bzw. zu erhalten. Den beiden Konzepten liegt die Idee zu Grunde, dass soziale Faktoren für die Behandlung am Individuum, therapeutisch genutzt werden können. Dies führt dazu, dass das aktuelle Milieu als Übungsfeld zur Verfügung steht, in dessen Rahmen bestehende Problemlagen bearbeitet und soziale Kompetenzen erweitert werden können.

In der Soziotherapie findet man diese Idee bereits in den frühen vierziger Jahren des letzten Jahrhunderts im Konzept der therapeutischen Gemeinschaft nach Tom Main (vgl. Kapitel 3.2.1). Doch auch aus dem heutigen Verständnis von Soziotherapie ist die Gruppe nicht mehr wegzudenken. Im Massnahmenvollzug ist dieser Grundgedanke sogar im Gesetz verankert (vgl. 2.2.3).

Im Massnahmenvollzug sowie in der Soziotherapie wird es als wichtig erachtet, dass die Gruppe gezielt gestaltet und nicht sich selber überlassen wird. Gerade im Massnahmenvollzug besteht die Gefahr, dass sich die Gruppe negativ entwickelt, sich destruktiv auf das Individuum auswirkt und es zu einer sogenannten „Prisonisierung“<sup>13</sup> kommt. Unter Prisonisierung versteht man, dass sich Eingewiesene nach und nach an die Kultur und das soziale Leben innerhalb der Gefängnisgesellschaft anpassen. In diesem Prozess werden im Gefängnis geltende Normen und Wertevorstellungen akzeptiert und kriminelle Werte angeeignet.

---

<sup>13</sup> Donald Clemmer kam erstmals mit dem Begriff der „Prisonisierung“ auf (vgl. Bammann, 2010, S. 30)

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

Auf diese Weise kommt es zu einer Anpassung an die gefängnisinterne Subkultur („Prisonization“, 2016). Auch im Rahmen soziotherapeutischer Interventionen besteht die Gefahr, dass sich die Gruppe antitherapeutisch auf das Individuum auswirkt (vgl. Kapitel 3.8.2.3). Damit die Gruppe ein positives Lernfeld für das Training sozialer Fertigkeiten darstellt, wird diese fortlaufend von Professionellen gestaltet, überprüft und koordiniert.

**NORMALISIERUNG:** Um den schädlichen Folgen von stationären Aufenthalten und Therapien entgegenzuwirken, orientieren sich die Soziotherapie und der Massnahmenvollzug in ihrer Anwendung am „Normalen“. So soll eine Anpassung der Lebensverhältnisse innerhalb der Institution an die Verhältnisse ausserhalb der Institution stattfinden, damit einer möglichen Entfremdung vom Leben in der Gesellschaft entgegengewirkt werden kann.

Deshalb fordern Dörner et al. (2017), „dass das ‚Normale‘ und die Realität letztlich Massstab und Gradmesser der Behandlung“ sein sollen. Sie führen aus, dass Therapie jeweils nur im selben Masse stattfinden kann, wie man den Klienten und Klientinnen Möglichkeiten bietet, in sogenannten „unbestimmten“, also informellen und alltäglichen Situationen, zu agieren. So soll das Individuum die eigenen Reaktionen auf Anforderungen aus dem Alltag, auf Regeln, auf „Normales“ und „Banales“ kennenlernen und überprüfen können (S. 17).

Die Idee, einen Realitätsbezug herzustellen, findet man im Normalisierungsprinzip des Freiheitsentzugs wieder (vgl. Kapitel 2.2.2.1). So soll sich die Ausgestaltung von Massnahmenvollzugseinrichtungen bzw. des Freiheitsentzugs an den realen Bedingungen ausserhalb der Institution richten. Die Diskrepanz zwischen dem alltäglichen Leben innerhalb der Anstalt und demjenigen ausserhalb sollte so klein wie möglich gehalten werden, damit eine bestmögliche Vorbereitung auf das Leben nach der Massnahme stattfinden kann.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Anfreundung mit dem „Normalen“ und Alltäglichen – durch die Schaffung von realitätsnahen Lebensverhältnissen – die Wiedereingliederungschancen in die Gesellschaft, die als Massstab für „Normalität“ gilt, erhöht.

**KONTAKTE ZUR AUSSENWELT:** Die letzte bedeutsame Parallele, die sich aus der Gegenüberstellung der Soziotherapie und des Massnahmenvollzugs ableiten lässt, ist die Relevanz von sozialen Kontakten zur Aussenwelt. Die hohe Bedeutung eines tragenden sozialen Netzwerkes geht aus der Literatur zur Soziotherapie und dem Massnahmenvollzug klar hervor. Erklären lässt sich dies durch das bio-psycho-soziale Verständnis und die multifaktoriell bedingten Problemlagen der Klientel. Diese erfordern eine ganzheitliche Behandlung, die das Individuum sowie auch dessen Umwelt mit einbezieht. In der Soziotherapie lassen sich Ansätze erkennen, die dieser Forderung gerecht werden. Soziotherapie ist immer darauf ausgerichtet, das aktuelle sowie zukünftige Umfeld der Klientel mit in die Behandlung einzuschliessen und nicht ausschliesslich das Individuum zu therapieren. In der

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

Förderung von sozialen Kontakten sieht die Soziotherapie die Möglichkeit, eine Veränderung am Individuum sowie an dessen Umwelt vorzunehmen.

Im Gegensatz dazu, fördert der Massnahmenvollzug zwar die sozialen Kontakte und erkennt diese als wichtiges Instrument, um die Resozialisierung zu verfolgen (z. B. im Rahmen von Beziehungsurlauben nach Art. 84. Abs. 6 StGB), wirkt aber nicht behandelnd auf das soziale Umfeld ein. Doch gerade in Hinblick auf die Entlassung wäre es umso wichtiger, dass das soziale Umfeld mit in die Behandlung einbezogen würde. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Nulltoleranzstimmung können Kontakte zur Aussenwelt, wie beispielsweise Urlaube oder externe Freizeitaktivitäten, als Risiko betrachtet werden, was wiederum nach einer Legitimation von solchen Massnahmen verlangt. Hier kann die Soziotherapie ansetzen, indem sie dazu beiträgt, dass die Pflege von Kontakten zur Aussenwelt als notwendiges therapeutisches Instrument anerkannt und eingesetzt wird. Somit wirkt sie der Auffassung entgegen, dass Kontakte zur Aussenwelt rein belohnenden Charakter haben. Ist sich die Soziotherapie dem therapeutischen Auftrag in der Ausgestaltung und Begleitung der Kontaktpflege zur Aussenwelt bewusst, so kann sie auch negative Beziehungen erkennen und thematisieren.

### 3.2 Herausforderungen

*Welche Herausforderungen stellen sich der Soziotherapie im Kontext des stationären therapeutischen Massnahmenvollzugs?*

Soziotherapie wird in unterschiedlichen Kontexten angewendet, in denen sie sich auch unterschiedlichen Herausforderungen gegenüber gestellt sieht. Im Rahmen der zweiten Unterfrage soll untersucht werden, welche Herausforderungen sich im Kontext des Massnahmenvollzugs ergeben. Die Identifizierung dieser erschwerenden Faktoren kann als relevant für die Beantwortung der Fragestellung erachtet werden, weil dadurch überprüft werden kann, ob die Soziotherapie trotzdem noch in der Lage ist, ihre Qualitäten zielführend einzubringen. Ist sie es nicht, so sprechen die Herausforderungen gegen eine Anwendung der Soziotherapie im Massnahmenvollzug.

Im Nachfolgenden werden diese Herausforderungen, die sich der Soziotherapie im Massnahmenvollzug stellen, dargelegt und es wird aufgezeigt, wie sich diese auf die Soziotherapie auswirken können.

TRENNUNG VS. TEILHABE: Bei freiheitsentziehenden Massnahmen, zu denen auch der stationäre Massnahmenvollzug gehört, wird unter anderem zum Schutz der Gesellschaft und zur Verhinderung weiterer Straftaten eine Trennung des Individuums von seiner Umwelt durchgeführt. Der Straftäter, die Straftäterin wird dementsprechend aus der Gesellschaft weg

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

in eine Anstalt platziert. Damit wird bewusst eine Distanz geschaffen. Mit der Trennung wird auch der natürliche Kontakt unterbrochen und im Verlaufe der Massnahme nur in einem bestimmten und kontrollierten Umfang gewährt. Die Soziotherapie, welche mit dem Ziel der sozialen Teilhabe die Distanz zwischen Individuum und Umwelt abbauen möchte, muss hier gewissermassen gegen eine Trennung arbeiten, die bewusst vorgenommen und aufrechterhalten wird. Insbesondere bei langjähriger Haft, kann sie lange Zeit nicht direkt eine soziale Teilhabe herstellen, sondern nur vorbereitend wirken, damit sich die Klienten und Klientinnen bei ihrer Entlassung in die Gesellschaft zu integrieren vermögen. Dabei ist die Herstellung von sozialer Teilhabe nicht nur von der Weiterentwicklung der Eingewiesenen, sondern auch von der Bereitschaft der Behörden, Vollzugsöffnungen zu gewähren, abhängig. Das führt zu einer Einschränkung der Soziotherapie, welche man in anderen Kontexten nicht im selben Masse antrifft. Obwohl auch in psychiatrischen Settings das Individuum teilweise zu dessen Schutz oder zum Schutz Dritter von seinem Umfeld getrennt wird, ist diese Trennung meist nur vorübergehend und soll so schnell wie möglich wieder aufgehoben werden – mit dem Ziel, einer Entfremdung entgegenzuwirken.

Im Massnahmenvollzug zeigt sich die Trennung oftmals an einer grossen örtlichen Distanz zwischen dem Individuum und seinem Umfeld. So werden Straftäter und Straftäterinnen schweizweit verteilt, was in Zusammenhang mit dem eher begrenzten Angebot an Massnahmenvollzugsplätzen stehen könnte. Es kommt nicht selten vor, dass die Angehörigen der Eingewiesenen in einer Entfernung von mehreren Stunden leben. Auch dadurch stellt sich für die Soziotherapie eine Herausforderung. Soziotherapie in ihrem eigentlichen Sinne sollte nebst dem Individuum auch im sozialen Umfeld der Klienten und Klientinnen intervenieren. Durch die Distanz laufen Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen in Gefahr, nur die Eingewiesenen selbst zu behandeln und dem Umfeld zu wenig Beachtung zu schenken. Das kann dazu führen, dass am Ende der Massnahme das *behandelte* Individuum in ein *unbehandeltes* Umfeld entlassen wird, in dem es wieder den gleichen sozialen Einflüssen ausgesetzt wird, wie vor der Tat. Vor dem Hintergrund, dass psychische Störungen sowie Straftaten biologisch, psychisch und *sozial* bedingt sind, kann dies in Bezug auf die Rückfälligkeit als problematisch angesehen werden. Gemäss dem soziotherapeutischen Verständnis kann Resozialisierung dementsprechend nicht allein dem Individuum angelastet werden. Die Soziotherapie muss deshalb Wege finden, trotz der erschwerenden Rahmenbedingungen auch das Umfeld nicht ausser Acht zu lassen und *an* und *in* ihm zu intervenieren.

**NULLTOLERANZSTIMMUNG:** Die herrschende Nulltoleranzstimmung ist Ausdruck des Schutzbedürfnisses der Gesellschaft. Sie steht dafür, dass keine Fehler toleriert werden, mit dem Ziel weitere Straftaten zu verhindern. Diese Nulltoleranzstimmung zeigt sich nicht nur in der tiefen Risikobereitschaft wenn es um die bedingte Entlassung von Straffälligen



## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

geht, sondern auch während des Vollzugs. So können Straftäter und Straftäterinnen bei fehlerhaftem Verhalten anhand Disziplinarmaßnahmen sanktioniert werden.

Hier ergibt sich ein Spannungsfeld für Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen im Massnahmenvollzug. In der Soziotherapie gehört es zum Grundverständnis, dass den Klienten und Klientinnen im Alltag Übungsfelder geboten werden, in denen neue Verhaltensweisen eingeübt werden können. Vor dem Hintergrund der Nulltoleranzstimmung stellt sich die Frage, ob bzw. inwiefern in einem strafrechtlichen Kontext solche Lernfelder geboten werden können. Das Einüben von neuen Verhaltensweisen setzt voraus, dass auch Fehler gemacht werden dürfen. Wird aber im Rahmen eines restriktiven Massnahmenvollzugs auf Fehler mit Sanktionen geantwortet, so wird es für die Klientel schwierig, das Hier und Jetzt als Übungsfeld zu nutzen, in dem ohne Angst vor Fehlern Neues eingeübt werden kann (vgl. Dörner et al., 2002, S. 557). Die restriktive Stimmung wirkt sich nicht nur auf die Eingewiesenen erschwerend aus, sondern auch auf die Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen. Werden diese im Kontext des Massnahmenvollzugs tätig, so sehen sie sich unweigerlich mit dem in der Sozialen Arbeit bekannten „Doppelten Mandat“ konfrontiert. Darunter wird verstanden, dass Sozialarbeitende zwei sich gegenseitig ausschliessende Aufträge gleichzeitig erfüllen sollen, nämlich die „Kontrolle im Auftrag des Staates“ und die „Hilfe auf Wunsch der KlientInnen“ (Engelke, 2004, S. 308). Diese Paradoxie ist insbesondere in Kontexten des strafrechtlichen Sanktionenvollzugs in verstärkter Form vorzufinden. So werden beispielsweise Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen in der JVA St. Johannsen als persönliche Bezugspersonen eingesetzt und sind in dieser Rolle gleichzeitig für die jährliche Berichterstattung an die zuständige Vollzugsbehörde zuständig. Wird gestützt auf solche Berichte festgestellt, dass das Rückfallrisiko zu hoch ist, kann eine Verlängerung der Massnahme gemäss Art. 59 und 60 Abs. 4 StGB angeordnet werden. Damit der Schutz der Gesellschaft gewährleistet werden kann, sehen sich Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen im Massnahmenvollzug gezwungen, dem Mandat der Kontrolle genügend Gewichtung zu geben. Die Herausforderung besteht insbesondere darin, dass genau dieses Kontrollmandat es der Klientel erschwert, sich seiner persönlichen Bezugsperson anzuvertrauen, da diese verpflichtet ist, fehlbares Verhalten wahrzunehmen und darauf zu reagieren.

**BEZIEHUNGSGESTALTUNG IM ZWANGSKONTEXT:** Aus dem oben beschriebenen Spannungsfeld des Doppelten Mandats, das in engem Zusammenhang mit der Schutzbedürftigkeit der Gesellschaft und dem Ziel der Rückfallprävention steht, lässt sich die Beziehungsgestaltung zwischen Klientel und Soziotherapeut, Soziotherapeutin innerhalb des Massnahmenvollzugs als weitere Herausforderung ableiten. In der Soziotherapie gilt diese Beziehung, gleichermassen wie die Beziehungen zu den Miteingewiesenen, als Übungsfeld. Damit aber eine solche Beziehung als Übungsfeld genutzt werden kann, ist eine Basis von

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

Vertrauen unausweichlich. Die Soziotherapie sieht sich im Massnahmenvollzug herausgefordert, diese trotz bestehender Kontrollfunktion zu schaffen.

Erschwert wird die Klientel-Fachperson-Beziehung zusätzlich vom bestehenden *Machtgefälle* zwischen den Professionellen und ihrer Klientel. Das Machtgefälle entsteht aus der Möglichkeit oder gar der Verpflichtung der Fachperson im Zwangskontext sanktionierend zu handeln (Mayer, 2009, S. 211). Gemäss Schmocker geht dieses Machtgefälle mit dem Abhängigkeitsverhältnis einher und muss jeweils streng kontrolliert und wo immer möglich reduziert werden (Schmocker, 2012, S. 50).

Ebenfalls schwierig für die Beziehungsgestaltung ist der im Massnahmenvollzug in ausgeprägter Form anzutreffender *Zwang* und die damit verbundene Unfreiwilligkeit. Zwar wird davon ausgegangen, dass bei vielen Klienten und Klientinnen der Soziotherapie ebenfalls eine gewisse Unfreiwilligkeit vorliegt (vgl. Kapitel 3.4.1), jedoch wird die Behandlung in den meisten Settings der Soziotherapie nicht richterlich angeordnet. Im Gegensatz dazu begeben sich Adressaten und Adressatinnen des Massnahmenvollzugs aufgrund eines richterlichen Entscheides immer unfreiwillig in eine Behandlung. Zwang lässt sich im Massnahmenvollzug aus der in Art. 56 StGB festgehaltenen Behandlungspflicht ableiten und bedeutet in diesem spezifischen Kontext, dass mit Klientel gearbeitet wird, die diese Zusammenarbeit in den meisten Fällen nicht will. Die fehlende Freiwilligkeit bzw. Therapiewilligkeit hat zwar nicht zwingend zur Folge, dass die Klienten und Klientinnen nicht „therapieempänglich“ sind (vgl. Chancen im Zwangskontext, Seifert, 2013, S. 151-153), aber sie kann dazu führen, dass eine mangelnde Kooperationsbereitschaft vorliegt und sie sich reaktant verhalten (Mayer, 2009, S. 210). Dies wiederum kann sich negativ auf die Beziehungsgestaltung auswirken.

Nicht zuletzt wird die Beziehungsgestaltung im Zwangskontext durch die vielfach anzutreffenden *Beziehungsstörungen* erschwert. Wie in Kapitel 2.3.2.3 aufgezeigt, leidet ein Grossteil der Klientel im Massnahmenvollzug an einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, die sich unter anderem in einem gestörten Beziehungsverhalten manifestiert. Dazu kommt, dass gemäss Mayer (2009) viele Klienten und Klientinnen im Zwangskontext über negative Beziehungserfahrungen verfügen und sich deshalb nur mit Zurückhaltung auf Beziehungsangebote einlassen (S. 211).

Es wird demnach ersichtlich, dass der Aufbau einer soliden Beziehung unter solchen Umständen viel Professionalität, Durchhaltevermögen und „Fingerspitzengefühl“ von Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen verlangt.

**EMPATHIE VS. STRAFGEDANKEN:** Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen sind im Massnahmenvollzug herausgefordert, ihren Klienten und Klientinnen gegenüber eine förderliche Haltung einzunehmen. Aus soziotherapeutischem Blickwinkel sollte den Eingewiesenen empathisch und wohlwollend begegnet werden, damit diese sich auf die Beziehung

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

und einen Veränderungsprozess einlassen können. Obwohl die Massnahme offiziell nicht als Bestrafung gilt und auch nichts mit „Rache“ oder „Vergeltung“ zu tun hat, prägt der Strafgedanke den Massnahmenvollzug immer noch. So wird beispielsweise die Massnahme von den Eingewiesenen oftmals als Strafe erlebt und ist auch in der Gesellschaft die Haltung verbreitet, dass Täter und Täterinnen für ihre Taten zu bezahlen haben und die Massnahme demgemäss als Bestrafung dienen sollte. Der Strafgedanke kann dabei gewissermassen als im Widerspruch zu einer empathischen und wohlwollenden Haltung stehend gesehen werden. Die Herausforderung für die Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen besteht einerseits darin, trotz ihrem Wissen um die teilweise gravierenden Tatbestände, am soziotherapeutischen Grundsatz der Empathie festzuhalten. Andererseits müssen sie diese Haltung gegenüber der Öffentlichkeit auch vertreten und legitimieren können. Dabei bedeutet eine empathische und wertschätzende Haltung nicht, dass Handlungen vom Klientel nicht kritisch hinterfragt werden dürfen, sondern vielmehr, dass eine Differenzierung zwischen der Person und ihren Handlung vorgenommen wird (Mayer, 2009, S. 215). Demnach kann einem Straftäter, einer Straftäterin empathisch gegenüber getreten werden, ohne gleichzeitig deren Tat gutzuheissen. Gehrman und Müller (2005) bezeichnen die wohlwollende Akzeptanz der Klientel als Grundlage, damit die Veränderungsbereitschaft erhöht und Widerstand abgebaut werden kann (S. 100).

**ECHTE PARTIZIPATION:** Wie sich gezeigt hat, wird in der Literatur zur Soziotherapie mehrfach auf die Relevanz hingewiesen, den Klienten und Klientinnen Partizipationsmöglichkeiten zu bieten. Besonders deutlich wird dies in den Ausführungen Blättners (2007) zum Salutogenesemodell (S. 67-71). Um eine Verbesserung der psychischen Gesundheit zu erzielen, muss demzufolge das SOC (Kohärenzgefühl) gestärkt werden, insbesondere die Komponente der Bedeutsamkeit. Als bedeutsam für seine Umwelt erlebt man sich, wenn man Einflussmöglichkeiten hat und an etwas teilhaben kann. Besonders in stationären Einrichtungen gilt Partizipation als unumgänglich (vgl. Kapitel 3.6.2). Auch Tom Main erachtet in einer therapeutischen Gemeinschaft die volle Beteiligung aller Mitglieder als zentral, um die Resozialisierung der Mitglieder zu ermöglichen (zitiert nach Steingass et al., 2000, S. 15). Die Erreichung einer echten Partizipation bzw. einer Beteiligung der Eingewiesenen gestaltet sich im Kontext des Massnahmenvollzugs als schwierige Aufgabe der Soziotherapie. Unter „echter Partizipation“ wird dabei eine wirkliche Mitsprache verstanden und nicht, wie Dörner et al. (2002) ausführen, dass die Eingewiesenen zwar angehört werden, dann aber trotzdem das geschieht, was „die da oben wollen“ (S. 563). Als erschwerend für die Schaffung eines Partizipationsraums wirken die im Massnahmenvollzug oft angetroffenen starken Strukturierungen des Vollzugsalltags (z. B. klar geregelte Abläufe), die grossen Machtgefälle, sowie die vielen gesetzlichen Vorgaben.

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

Es stellt sich hierbei auch die Frage, inwiefern es in diesem Setting überhaupt erwünscht wird, den Eingewiesenen mehr Einfluss und Freiheiten zu geben. Die Herausforderung besteht insbesondere darin, dass in freiheitsentziehenden Massnahmen ein Grossteil an Freiheiten eingegrenzt oder gar entzogen werden, was wiederum die Möglichkeiten für Partizipation einschränkt.

Gelingt es der Soziotherapie trotz diesen Rahmenbedingungen die notwendigen Partizipationsmöglichkeiten zu schaffen, stellt sich ihr noch eine weitere Herausforderung. Echte Partizipation bedingt, dass sich die Eingewiesenen tatsächlich beteiligen. Somit sind die Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen herausgefordert, ihre Klientel dazu zu bewegen, die Möglichkeiten zu nutzen. Der Freiheitsentzug geht mit einem starken Autonomieverlust und dem Wegbleiben der Privatsphäre einher. Erwachsene Menschen, die einst ein eigenständiges Leben führten, werden in diesem Kontext grösstenteils fremdbestimmt, da der Vollzug zentrale Lebensbereiche des Individuums, wie beispielsweise die Gestaltung sozialer Kontakte, des Arbeitslebens, der Freizeit oder des Alltags betrifft. Infolgedessen verlieren die Eingewiesenen die Kontrolle über ganz alltägliche Entscheidungen (z. B. Tagesablauf, Mahlzeiten). Der Kontrollverlust kann dazu führen, dass Eingewiesene eine Passivität entwickeln und in Situationen, in denen sie Entscheidungsmöglichkeiten hätten, diese dennoch nicht wahrnehmen – und somit nicht partizipieren.

### 3.3 Beitrag zur Zielerreichung

*Auf welche Art und Weise könnte die Soziotherapie zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs beitragen?*

Die Unterfragen 1 und 2 haben aufgezeigt, welche Faktoren darauf hinweisen, dass sich die Soziotherapie eignet, um einen Beitrag zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs zu leisten – und welche Faktoren eher dagegen sprechen. Durch die Beantwortung der letzten Unterfrage wird ersichtlich, wie der Beitrag der Soziotherapie an der Zielverfolgung des Massnahmenvollzugs aussehen kann. Demzufolge soll dargelegt werden, welche Aspekte des Soziotherapie-Konzepts auf welche Art und Weise eingesetzt werden können, um die Ziele der Rückfallprävention, der Resozialisierung und der Behandlung der Eingewiesenen zu verfolgen. Die von den Autorinnen identifizierten Beitragsmöglichkeiten der Soziotherapie werden im Folgenden dargestellt.

**SCHAFFUNG EINES GEEIGNETEN MILIEUS:** Wie in den Ausführungen zur Soziotherapie dargelegt wurde, hat die Gruppe in der Soziotherapie eine grosse Relevanz. Soziotherapie ist darauf ausgerichtet, ein förderliches Umfeld zu gestalten, in dem Recovery möglich

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

wird und Vorbereitungsprozesse für die Resozialisierung ablaufen können. Im Massnahmenvollzug, der normalerweise in Form von Gruppenvollzug stattfindet, kann sich die Soziotherapie dies zu Nutzen machen und ihre Erfahrungen zur Gruppentherapie konstruktiv einbringen. Die Soziotherapie kann sich dabei der Methode der Milieuthherapie bedienen, die oft im stationären Bereich Anwendung findet. Die Milieuthherapie bzw. das therapeutische Milieu wird bereits in einigen Massnahmenvollzugseinrichtungen eingesetzt und wird – wie in Kapitel 2.1.4 dargelegt – von Professionellen als geeignete Form der Behandlung von Straftälligen angesehen. Gerade weil im Rahmen des Gruppenvollzugs negative Gruppendynamiken entstehen können, ist es umso wichtiger, dass das Milieu prosozial gestaltet wird. Kommt die Milieuthherapie im Massnahmenvollzug zur Anwendung, so erfordert dies, dass die Fachpersonen als ganze Personen teilnehmen. Im Verständnis der Milieuthherapie gilt die aktive Teilnahme aller Beteiligten als Voraussetzung für die Herstellung einer therapeutischen Gemeinschaft. Diese Art von Therapie ist darauf ausgerichtet, demokratische Verhältnisse zu schaffen, in denen alle Beteiligten – sprich Klientel und Therapierende – trotz den unterschiedlichen Kompetenzen Verantwortung und Autorität tragen sollen. Doch genau an diesem Punkt könnte die Milieuthherapie als Intervention an ihre Grenzen stossen, da sie im Massnahmenvollzug auf klare Hierarchien stösst und die Aufhebung von Machtverhältnissen nur bedingt möglich ist.

Trotzdem könnten genau solche ausgeglichenen Begegnungen zwischen Klientel und Professionellen als Chance erachtet werden, um den Klienten und Klientinnen das Lernen am Modell zu ermöglichen und ihnen Werte authentisch zu vermitteln. Durch die Anwendung der Milieuthherapie im Massnahmenvollzug werden die Eingewiesenen dazu animiert, sich aktiv an der Mitgestaltung des Milieus zu beteiligen. Solche Partizipationserfahrungen helfen den Eingewiesenen in alltäglichen und „banalen“ Angelegenheiten Verantwortung zu tragen. Die Bedeutung dieser Verantwortungsübernahme geht jedoch weit über das „Banale“ und Alltägliche hinaus. In Bezug auf die Tataufarbeitung ist es von Bedeutung, dass Eingewiesene lernen, für ihre Entscheidungen und Handlungen Verantwortung zu übernehmen und sich dieser nicht zu entziehen.

Die Schaffung eines positiven Milieus, in dem auch die Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen selbst Mitglieder sind, kann zudem dazu beitragen, dass negative Gruppendynamiken erkannt und darauf reagiert werden kann. Demnach ist es Aufgabe der Soziotherapie, die Kultur innerhalb des Gruppenvollzugs so umzugestalten, dass einer „Prisonisierung“ (vgl. Kapitel 4.1.2) entgegengewirkt werden kann. Gleichzeitig müssen sich die Eingewiesenen im Rahmen eines therapeutischen Milieus den aufkommenden Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Umgang stellen und können sich der Bearbeitung dieser nicht entziehen.

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

ALLTAGSORIENTIERT THERAPIEREN: Durch die Behandlung wird im Massnahmenvollzug angestrebt, dass die Eingewiesenen neue Handlungsmuster, aber auch neue Lebenspläne entwickeln. Diese sollen ihnen dabei helfen, während und nach der Massnahme nicht erneut straffällig zu werden und ihren Alltag gelingender zu gestalten. Gemäss der Theorie der Lebensweltorientierung ist der Alltag der Ort, an dem neue Lebenspläne, Bewältigungsstrategien und die Identität als Mensch kreiert werden (vgl. Kapitel 3.6.4). Aufgrund der hohen Bedeutung des Alltags ist es zentral, dass auch im Massnahmenvollzug eine Therapieform existiert, die alltagsorientiert ist und auf diese Entwicklungen einwirken kann. Hierfür eignet sich das Soziotherapie-Konzept, weil darin die Alltagsorientierung tief verwurzelt ist. Soziotherapie orientiert sich am „Hier und Jetzt“ (Knoll, 2000, S. 74), interveniert anhand alltäglicher Handlungen (Steingass et al., 2000, S. 14) und aktiviert die Alltagskompetenzen der Klienten und Klientinnen (Kehlenbeck, 2017, S. 480). Besonders in stationären Settings ist die Soziotherapie oftmals diejenige Therapieform, die am nächsten am Alltag der Klientel dran ist, weil sie Einblick in deren Lebensbereich erhält. Durch die Alltagsnähe haben Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen im stationären Massnahmenvollzug die Möglichkeit, einen umfassenden Einblick in die Alltagsstrukturierung (räumlich, zeitlich und sozial) der Eingewiesenen zu erhalten und dadurch Risikofaktoren zu erkennen. Verstärkt wird dieser Einblick in diesem Setting durch die überdurchschnittlich starke Kontrollaufgabe und die stark begrenzte Privatsphäre der Eingewiesenen. Dadurch haben Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen beispielsweise Zugang zu den Zellen der Eingewiesenen, sehen wieviel sie essen, wie ihre Kontaktpflege innerhalb der Anstalt aussieht und welche Beziehungen sie ausserhalb der Anstalt pflegen. Zudem wissen sie, wo sich die Eingewiesenen wann aufhalten. Durch diese ausgeprägte Alltagsnähe und das Wissen über das „Alltägliche“ der Eingewiesenen hat die Soziotherapie die Möglichkeit, im Alltag auftretende Frühwarnzeichen bezüglich einer allfälligen Rückfälligkeit zu erkennen. Persönliche Krisen, Konflikte aber auch problematische Verhaltensweisen können auf diese Weise direkt beobachtet und wahrgenommen werden. Werden problematische Sachverhalte erkannt, dann können sie durch die Soziotherapie am selben Ort, an dem sie auftauchen – das heisst in der aktuellen Lebenswelt – auch thematisiert und bearbeitet werden.

Durch die Alltagsorientierung kann die Soziotherapie zudem die Aufgabe übernehmen, den Alltagstransfer zu ermöglichen. Dies bedeutet, dass Bewältigungsstrategien und Kognitionen, welche in der Psychotherapie erlernt wurden, auf den Alltag übertragen werden. Entscheidend ist dies, damit die Strategien nicht nur erlernt werden, sondern im Alltag zuverlässig angewendet werden können. Die Soziotherapie kann die Eingewiesenen im Alltagstransfer unterstützen, indem sie Hinweise und Rückmeldungen zur Anwendung im Vollzugsalltag gibt. Um den Alltagstransfer durchführen zu können, müssen Soziotherapeuten und

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

Soziotherapeutinnen über Inhalte der Psychotherapie und anderer Therapieformen informiert sein, was ein guter Austausch zwischen den verschiedenen Disziplinen bedingt.

**FOKUS AUF RESSOURCEN LEGEN:** Aus dem Literatur-Review hat sich abgezeichnet, dass der heutige Straf- und Massnahmenvollzug eine stark ausgeprägte Delikt- und Risikoorientierung vorweist. Diese beinhaltet auf der einen Seite die intensive Auseinandersetzung mit der Tat sowie deren Entstehung und auf der anderen Seite die Fokussierung auf soziale und persönliche Faktoren, die das Rückfallrisiko erhöhen (Mayer, 2009, S. 291). Die gängigen Prognoseinstrumente zur Erkennung des Rückfallrisikos verzichten gemäss Hahn (2013) grösstenteils auf die Erfassung von Ressourcen und Protektivfaktoren. Er weist jedoch auch darauf hin, dass eine Risikoeinschätzung ohne diese Erfassung unvollständig bleibt. Erst wenn Risiko- und Schutzfaktoren gleichermaßen berücksichtigt werden, kann eine umfassende Risikoeinschätzung stattfinden (S. 226). Mayer (2009) teilt diese Meinung. So bezeichnet er die Aktivierung von Ressourcen, in dem von ihm entwickelten risikoorientierten Interventionsprogramm, als wichtigen Schritt. Die Aktivierung soll der Klientel helfen, „sich in kritischen Situationen anders als bisher zu verhalten und einen einmal gefassten Verhaltensvorschuss auch in die Tat umzusetzen“ (S. 299). Ebenso sollen im risikoorientierten Strafvollzug (siehe Kapitel 2.1.4) Ressourcen gestärkt werden, um das Risiko einer Wiederholungstat zu senken. Gerade weil die Orientierung auf Ressourcen in der Soziotherapie sehr zentral ist, kann sie in dieser Hinsicht einen wichtigen Beitrag zur Senkung des Rückfallrisikos leisten. Das Verständnis, dass alle Menschen, ob sozial ausgegrenzt, psychisch erkrankt oder „normal“, über Ressourcen verfügen, gilt demnach auch für die Klientel des Massnahmenvollzugs. Die Ressourcenorientierung kann dabei helfen, dass die Klienten und Klientinnen trotz ihrer vielen Problemlagen nicht als „hoffnungslose Fälle“ betrachtet werden. Gelingt es der Soziotherapie, Ressourcen ausfindig zu machen, zu aktivieren und zu fördern, so kann sie die Eingewiesenen auf die Resozialisierung vorbereiten. Zur Identifizierung bestehender Ressourcen könnte sich die Soziotherapie z. B. auf das Erfassungsinstrument SAPROF stützen, welches anhand systematischer Checklisten, protektive Faktoren zur Rückfallprävention ausfindig macht (vgl. Spehr & Briken, 2010). Die ressourcenorientierte Sichtweise kann bei den Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen die Haltung erzeugen, dass ein deliktfreies Leben nach dem Vollzug möglich ist. Dieses Zutrauen von Seiten der Therapierenden kann das Selbstvertrauen der Klientel fördern, was wiederum einen Einfluss auf deren Entwicklungsbereitschaft haben kann. Durch die Beleuchtung und Förderung der Ressourcen der Klientel kann die Soziotherapie die psychotherapeutische Sichtweise, welche sich an Risikofaktoren orientiert, ergänzen und auf diese Weise einen wichtigen Beitrag zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs leisten.

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

POSITIVE BEZIEHUNGSERFAHRUNGEN ERMÖGLICHEN: Es hat sich gezeigt, dass sich die Beziehungsgestaltung im Massnahmenvollzug als eine grosse Herausforderung erweist. Gleichzeitig wird eine gelingende Beziehung als eine wichtige Ressource betrachtet. Bereits Richmond verwies auf die Relevanz der Beziehung zwischen Klient, Klientin und Therapeut, Therapeutin (vgl. Kapitel 3.2.2). In der Soziotherapie wird die professionelle Beziehung als Übungsfeld verstanden. Sie wird beschrieben als „Dreh- und Angelpunkt“ psychosozialer Interventionen und gilt gleichzeitig als Voraussetzung für eine heilsame Therapie (vgl. Kapitel 3.8.2.5). Im Rahmen von stabilen Beziehungen können soziale Kompetenzen entwickelt werden. Ein Grossteil der Klientel des Massnahmenvollzugs verfügt über negative Beziehungserfahrungen und weist ein instabiles Bindungsverhalten auf. Aus diesem Grund sind positive, sekundäre Bindungserfahrungen von grosser Bedeutung. Als Voraussetzung für die Ermöglichung solcher Erfahrungen gelten die Präsenz und die Konstanz der Bindungsperson. Die lange Dauer von Massnahmen kann für den Aufbau einer gesunden Beziehung zwischen Professionellen und Eingewiesenen als Chance betrachtet werden, da sie die notwendige Präsenz und Konstanz ermöglichen kann. Laut Seifert (2013) sind es sich viele Strafgefangene nicht gewohnt, „dass man sich um sie als Einzelperson kümmert und sie über sich reden können“. Aufgrund dessen vermag jedes kleine Angebot einer persönlichen Beziehung, das Rückfallrisiko zu minimieren (S. 152). Gelingt es demnach den Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen, trotz den Herausforderungen bezüglich der Beziehungsgestaltung, eine tragende Beziehung zu den Eingewiesenen aufzubauen und dadurch reale Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, so kann die professionelle Beziehung therapeutisch wirken. Dabei befinden sich die Fachpersonen in einer andauernden Spannung zwischen Nähe und Distanz. Reale Beziehungserfahrungen erfordern, dass Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen nicht nur als Fachpersonen involviert sind, sondern sich in der Beziehung auch als natürliche Personen anbieten. Diese Nähe bedingt gleichzeitig sehr viel Professionalität und die Kompetenz, sich persönlich abgrenzen zu können. Da es sich um eine professionelle Beziehung handelt, für die die Fachperson bezahlt wird, bedarf es eine Investition in die Beziehung, ohne etwas zurückzuerwarten. Der Soziotherapeut, die Soziotherapeutin muss um die Störungen der Eingewiesenen Bescheid wissen und über das Verständnis verfügen, dass diese Art von Beziehung als Übungsfeld für die Klientel gilt. Vor dem Hintergrund dieses Wissens gilt es trotz auftauchenden Schwierigkeiten in der Beziehung auszuharren und zu versuchen, negative Beziehungsmuster zu durchbrechen. Es ist davon auszugehen, dass sich die negativen Beziehungsmuster bei erneuten Beziehungsabbrüchen verstärken. Bei Aufrechterhaltung der Beziehung hingegen können sich neue positive Beziehungsmuster entwickeln. Wenn es also Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen gelingt, den Eingewiesenen im Massnahmenvollzug positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, können diese dazu dienen, die Beziehungskompetenzen der Klientel dahingehend zu



## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

verbessern, dass diese befähigt werden, auch ausserhalb der Anstalt Beziehungen aufrechtzuerhalten. Positive Beziehungen ausserhalb des Vollzugs werden wiederum als Schutzfaktoren bezüglich einer erneuten Straffälligkeit verstanden.

**SOZIALE KOMPETENZEN FÖRDERN:** In Artikel 75 StGB ist festgehalten, dass der Vollzug von freiheitsentziehenden Massnahmen das soziale Verhalten der Gefangenen zu fördern hat. In der in diesem Artikel angesprochenen Förderung des sozialen Verhaltens kann die Soziotherapie eine wichtige Rolle einnehmen. Die in der Soziotherapie anwendbaren diagnostischen Verfahren (vgl. Kapitel 3.8.1) basieren auf einer umfassenden Analyse der psychosozialen Ausgangssituation der Klientel. Darin werden oftmals nicht nur psychosoziale Problemlagen, sondern auch psychosoziale Ressourcen erfasst. Dementsprechend kann die Soziotherapie mithilfe diagnostischer Verfahren dazu beitragen, dass ersichtlich wird, welche spezifischen sozialen Kompetenzen die Eingewiesenen bereits besitzen und wo noch Entwicklungsbedarf besteht. Auf der Basis dieser Analyse können im Anschluss gezielte soziotherapeutische Interventionen zur sozialen Kompetenzförderung aufgebaut werden. Methoden, denen sich die Soziotherapie dabei bedienen kann, sind beispielsweise das *Soziale Training* oder die *In-vivo-Arbeit* (vgl. Kapitel 3.8.2.4). Gemäss Seifert (2013) gehören Soziale Trainings zu den am häufigsten verwendeten Behandlungsprogrammen in der soziotherapeutischen Arbeit mit Straftätern und Straftäterinnen (S. 138). Die Anwendung der In-vivo-Arbeit kann für die Soziotherapie insbesondere im Rahmen von Urlaubsbegleitung als sinnvoll erachtet werden. In begleiteten Urlauben begibt sich der Soziotherapeut, die Soziotherapeutin gemeinsam mit dem Klienten, der Klientin in ganz unterschiedliche alltägliche Situationen. Laut dem Verständnis der In-vivo-Arbeit können genau diese „Alltagssettings“ therapeutisch genutzt werden. In begleiteten Urlauben bieten sich demnach viele reale Übungsfelder, in denen die Eingewiesenen neu erlernte Kompetenzen unter unterschiedlichen kontextuellen Faktoren einüben können.

**UMFELD MITBEHANDELN:** Nebst dem, dass die Urlaube zur Einübung sozialer Kompetenzen genutzt werden können, bieten sie der Soziotherapie auch die Möglichkeit, eine Grundlage für die Mitbehandlung des Umfelds zu schaffen. Wie bereits unter den Herausforderungen beschrieben, wird im stationären Massnahmenvollzug das Individuum von seinem Umfeld getrennt. Dies sowie die oftmals grosse örtliche Distanz zwischen den Eingewiesenen und ihren Angehörigen erschweren es der Soziotherapie, nebst den Interventionen am Individuum, auch Interventionen am Umfeld durchzuführen. Die in Art. 84 Abs. 6 StGB gesetzlich verankerten Urlaube gehören zu den wenigen Möglichkeiten, in denen die Distanz aufgehoben wird und die Eingewiesenen auch mit Personen ausserhalb des Massnahmenvollzugs in Kontakt treten können. Als Ziele der Urlaube werden die Kontaktpflege zur Aussenwelt und die Vorbereitung der Entlassung beschrieben. Besonders zu Beginn einer

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

therapeutischen Massnahme werden diese Urlaube in der Regel durch Bezugspersonen aus der „sozialen Säule“ (Sozialpädagogik, Pädagogik, Sozialarbeit, Soziale Integration oder Soziotherapie) begleitet. Die Bezugspersonen lernen dabei auch Personen des Umfelds der Eingewiesenen kennen. Die Soziotherapie könnte durch ihren doppelten Behandlungsfokus (Person und Umwelt) diese Urlaube für die gezielte Intervention am Umfeld nutzen. Während den Urlaube kann die Soziotherapie durch Beobachtung sowie Gespräche mit den Eingewiesenen und den Angehörigen gewissermassen eine „Umfeldanamnese“ durchführen. Diese Anamnese soll auf problematische Beziehungsstrukturen und fehlende Umfeldressourcen hinweisen, aber auch aufzeigen, wo das Umfeld als Ressource genutzt und vermehrt in die Behandlung mit einbezogen werden kann. Darauf aufbauend könnten Interventionen geplant werden, die das Umfeld der Eingewiesenen stärken. Erdenkliche Interventionen sind hierbei gemeinsame Gespräche mit den Angehörigen, die Vernetzung der Angehörigen mit Hilfsangeboten (z. B. Familientherapie, Beratungsstellen, Schuldensanierung) oder auch die Unterstützung der Eingewiesenen bei der Erschliessung neuer sozialer Ressourcen ausserhalb der Vollzugsanstalt. Als methodische Basis wird diesbezüglich von den Autorinnen die *Netzwerkarbeit* als hilfreich erachtet.

**KOORDINIEREN UND VERNETZEN:** In interdisziplinären Institutionen, zu denen auch der Massnahmenvollzug gehört, ist die Koordination der verschiedenen Hilfestellungen von grosser Bedeutung für den Erfolg der Behandlung. Darauf verweist auch Joe Keel (2012) der Leiter des Amts für Justizvollzug im Kanton St. Gallen. Er bezeichnet die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Straf- und Massnahmenvollzug als ein „Muss“. Damit sie gelingt, ist es wichtig, dass alle „am gleichen Strick ziehen“, ein gemeinsamer Auftrag besteht, ein gleicher Informationsstand vorliegt und spezifische Verfahren zur Koordination der Zusammenarbeit eingesetzt werden (S. 193-194). Hier kann die Soziotherapie mit ihrem ganzheitlichen Fokus – der auf ein „Miteinander“ verschiedener Disziplinen ausgerichtet ist – einen Beitrag leisten, indem sie die Koordination übernimmt. Bei der Übernahme dieser Aufgabe kann das handlungsleitende Konzept des *Case Managements* beigezogen werden (vgl. Kapitel 3.8.2.1). Im Sinne des Fallmanagements stehen Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen den Eingewiesenen, ihren Angehörigen aber auch Behörden für allgemeine Fragen und Anliegen zur Verfügung. Zudem überprüfen sie, ob die Behandlung auf den individuellen Bedarf des betreffenden Eingewiesenen abgestimmt ist, haben die Führung in der Erstellung des Vollzugplanes sowie in der Aufeinanderabstimmung der Ziele der verschiedenen Behandlungsangebote. Auch das Organisieren von geeigneten Nachsorgelösungen (z. B. ambulante Therapien, begleitete Wohnmöglichkeiten) kann im Rahmen der Vernetzungsaufgabe in den Aufgabenbereich der Soziotherapie fallen. Im Sinne des Systemmanagements kann es Aufgabe der Soziotherapie sein, auf Lücken im Versorgungsangebot der Klienten und

## Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs

Klientinnen des Massnahmenvollzugs hinzuweisen, sei es in Bezug auf die Prävention, die Behandlung innerhalb des Massnahmenvollzugs oder die Nachsorge.

GESELLSCHAFT SENSIBILISIEREN: Wie unter Kapitel 3.5.2 aufgezeigt, kann die Gesellschaft – nebst Individuum und dem direkten sozialen Umfeld – als dritte soziotherapeutische Interventionsebene bezeichnet werden. Das Ziel der Interventionen auf dieser Ebene ist es, Voraussetzungen zu schaffen, damit es dem Individuum möglich wird, sich in die Gesellschaft einzugliedern. Im Kontext des Massnahmenvollzugs geht es dementsprechend um eine Ermöglichung der Wiedereingliederung der Straftäter und Straftäterinnen nach ihrer Entlassung. Die Aufgabe der Soziotherapie ist es, die Gesellschaft auf diese Thematik zu sensibilisieren. Dabei ist es wichtig, dass die Gesellschaft über den Zusammenhang zwischen einer gelungenen Wiedereingliederung und der Rückfälligkeit sowie über die gesellschaftlichen Faktoren informiert ist, die sich förderlich bzw. hindernd auf die Resozialisierung auswirken. Je breiter anerkannt ist, dass die Eingliederung von ehemaligen Eingewiesenen auch zum Schutz der Gesellschaft dient, desto wahrscheinlicher ist es, dass eine gesellschaftliche Bereitschaft entsteht, die ehemaligen Straftäter und Straftäterinnen zu integrieren und die dafür notwendigen Angebote zu schaffen. Eine weitere Sensibilisierung, welche die Soziotherapie anstreben könnte, ist allgemein auf den Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Kriminalität hinzuweisen. Die Anerkennung sozialer kriminogener Faktoren kann sich sowohl positiv auf die Legitimation der Behandlungsmethode auswirken, welche sich um die sozialen Faktoren kümmert (z. B. Soziotherapie), als auch zur Schaffung kriminalpräventiver Angebote führen, die genau an diesen sozialen Bedingungen anknüpfen. Der konkrete Beitrag der Soziotherapie zu dieser Sensibilisierung kann im Leisten von Öffentlichkeitsarbeit (z. B. durch Medienarbeit), in der Initiierung von Forschung sowie der Publikation der Forschungsergebnisse bestehen.

## 4 Fazit

Die Analyse der historischen Entwicklung des Schweizer Massnahmenvollzugs hat gezeigt, dass dieser als Alternative zum Strafvollzug verstanden wird. Entwickelt hat sich der Massnahmenvollzug basierend auf der Erkenntnis, dass bei gewissen Straffälligen eine Strafe nicht ausreicht, um dem Risiko von weiteren Straftaten zu begegnen. Infolgedessen werden im Massnahmenvollzug Straftäter und Straftäterinnen behandelt, deren Delikt mit einer psychischen Störung oder einer Abhängigkeit in Zusammenhang steht. Dabei stellt die Behandlung, neben der Resozialisierung und der Senkung des Rückfallrisikos, eines der drei Hauptziele des Massnahmenvollzugs dar. Zusammengefasst bedeutet dies, dass es Aufgabe des Massnahmenvollzugs ist, kranke, straffällig gewordene Personen zu behandeln und gesellschaftsfähig zu machen. Gesellschaftsfähigkeit beinhaltet dabei unter anderem die Fähigkeit, straffrei zu leben. Des Weiteren wurde ersichtlich, dass sich der Massnahmenvollzug, der über die Behandlung und Resozialisierung von Straffälligen zum Schutz der Gesellschaft beitragen soll, in einem Spannungsfeld befindet. Der Massnahmenvollzug ist herausgefordert, dem Schutzbedürfnis der Bevölkerung zu begegnen und gleichzeitig Übungsfelder für die Straffälligen zu schaffen, in denen sie ihre sozialen Fertigkeiten trainieren können. Es wurde deutlich, dass die Förderung der sozialen Integrationsfähigkeit im Straf- und Massnahmenvollzug als Aufgabe der Sozialen Arbeit angesehen wird. Diese nimmt im Justizvollzug einen hohen Stellenwert ein, weil sie die sozialen Aspekte von Straffälligkeit miteinbezieht.

Genau bei diesem Miteinbezug der sozialen Aspekte kann die Soziotherapie Verwendung finden, worauf auch Marianne Heer (2013), eine Spezialistin des Schweizer Massnahmenrechts, verweist. Sie sieht in der Sozio- und Milieugestaltung die Möglichkeit, dass Eingewiesene im Rahmen von Alltagssituationen und unter Einbezug des Umfelds soziale Kompetenzen erlernen können (S. 1275-1276). Verstanden wird Soziotherapie als spezifische Behandlungsmethode der klinischen Sozialarbeit. Aus dem Literatur-Review ging weiter hervor, dass die Soziotherapie sich in ihrem Grundverständnis auf theoretische Konzepte wie die Ressourcenorientierung, die Lebensweltorientierung, das biopsychosoziale Krankheitsmodell und das Salutogenese-Modell stützt. Soziotherapie bedient sich in ihrer Anwendung verschiedener Arbeitsformen und einem breiten Methodenrepertoire. Es hat sich gezeigt, dass die ersten Ansätze der Soziotherapie bereits vor mehr als 200 Jahren auftauchten und auch die Begrifflichkeit der Sozio- bzw. Sozialtherapie bereits relativ alt ist. Einfluss auf die Entstehung nahmen unter anderem Entwicklungen in der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit einer psychischen Störung sowie Ansätze aus der Sozialen Arbeit. Die

## Fazit

unterschiedlichen Verständnisse der Soziotherapie aus den vielfältigen Anwendungsgebieten weisen nebst den Differenzen auch Gemeinsamkeiten auf. So wird unter Soziotherapie weitgehend eine Behandlung des Individuums in und mit seiner Umwelt verstanden. Einen wichtigen Stellenwert in soziotherapeutischen Interventionen nehmen zudem der Alltag der Klienten und Klientinnen sowie die Interdisziplinäre Zusammenarbeit ein. Als Hauptziele der Soziotherapie können die Herstellung von sozialer Teilhabe und die psychosoziale Gesundung des erkrankten Individuums, welche durch den Recovery-Ansatz verdeutlicht wird, beschrieben werden.

Die Ergebnisse aus der Gegenüberstellung der Soziotherapie und des Massnahmenvollzugs weisen in vielerlei Hinsicht darauf hin, dass die Soziotherapie einen Beitrag zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs leisten kann. Diese Eignung zeigt sich bereits in der ähnlichen Zielverfolgung der beiden Konzepte. Der Massnahmenvollzug und die Soziotherapie sind beide darauf ausgerichtet, dass das bio-psycho-sozial erkrankte Individuum behandelt wird und sich seine Gesundheit verbessert. Zudem streben beide die soziale Teilhabe des Individuums an, was sich im Massnahmenvollzug im Resozialisierungsziel zeigt. Indem die Soziotherapie die Gesundung des Individuums sowie die soziale Teilhabe anstrebt, will sie Passungsprobleme zwischen Individuum und Gesellschaft beheben und trägt somit ebenfalls zur Erreichung des dritten Ziels des Massnahmenvollzugs – der Senkung des Rückfallrisikos – bei.

Aus dem Vergleich der Konzepte konnten nebst den Gemeinsamkeiten bezüglich der Zielerreichung noch weitere Aspekte herausgearbeitet werden, die dafür sprechen, dass die Soziotherapie einen Beitrag zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs leisten kann. Dies wird anhand der folgenden Ergebnisse dargelegt.

In Institutionen des Schweizer Massnahmenvollzugs nimmt die Interdisziplinarität eine wichtige Rolle ein. Die Soziotherapie, welche in ihrem Grundverständnis auf eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen ausgerichtet ist, kann hier die Aufgabe der Koordination und Vernetzung übernehmen. Auf der Grundlage des biopsychosozialen Modells denkt sie über die eigenen Grenzen hinaus und erkennt daher die Relevanz einer ganzheitlichen Analyse und Intervention. Von Bedeutung ist dieser ganzheitliche Fokus im Massnahmenvollzug, weil es wichtig ist, dass keine der in oder ausserhalb der Person liegenden Ursachen von psychischen Störungen und Straftaten unbeachtet bleiben.

Der Vergleich hat zudem gezeigt, dass sich die Soziotherapie für den Kontext des Massnahmenvollzugs eignet, weil sie sich in der Behandlung von Personen in vielschichtigen Problemlagen auskennt. Die Adressaten und Adressatinnen des Massnahmenvollzugs gelten als sogenannte „hard-to-reach“ Klienten und Klientinnen und weisen nicht selten Beziehungsstörungen auf. Soziotherapie kann diesbezüglich einen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung leisten, indem sie den Eingewiesenen positive Beziehungserfahrungen ermöglicht.

## Fazit

Diese neuen Erfahrungen können negative Beziehungsmuster durchbrechen und die Kompetenz fördern, inner- und ausserhalb des Massnahmenvollzugs Beziehungen zu führen. Diese Beziehungsgestaltungskompetenz wird nicht nur über die TherapeutIn-KlientIn Beziehung erweitert, sondern auch durch die Beziehungspflege innerhalb der Gruppe. Der Gruppenvollzug kann von der Soziotherapie als therapeutisches Arbeitsinstrument genutzt und dabei bewusst ausgestaltet werden. Die Schaffung eines geeigneten Milieus ist für die Resozialisierung der Straffälligen wichtig, weil auf diese Weise einerseits einer „Prisonisierung“ entgegengewirkt wird und andererseits im Rahmen eines solchen Milieus neue Handlungsstrategien eingeübt werden können.

Die Erweiterung sozialer Kompetenzen kann als eine Aufgabe der Soziotherapie im Massnahmenvollzug bezeichnet werden. Die Ausführung dieser Aufgabe stützt sich auf die Ressourcenorientierung, welche das Verständnis beinhaltet, dass die Eingewiesenen über ausbaufähige Ressourcen verfügen oder solche entwickeln können. Durch die Methode der In-vivo-Arbeit, welche Therapie ausserhalb des klassischen Therapiesettings ermöglicht, kann Soziotherapie in Alltagssituationen zur Förderung sozialer Kompetenzen beitragen. Die realitätsnahen Übungsfelder vereinfachen es den Eingewiesenen auch in ihrem Alltag nach dem Vollzug auf die erlernten Kompetenzen zurückzugreifen. Die Ressourcenorientierung und der Fokus auf die gesunden Anteile des Individuums tragen dazu bei, dass die Behandlung nicht „überfürsorglich“ ausgestaltet wird. Zu viel Fürsorge kann zu einer zusätzlichen Entfremdung von der Normalität führen und die Autonomie der Eingewiesenen stärker einschränken, als es der Freiheitsentzug bedingt. Um dem entgegenzuwirken, eignet sich die Soziotherapie aufgrund ihrer Intention, Partizipationsmöglichkeiten zu schaffen. Die Partizipation und die damit verbundene Gewährung der Mitsprache fördern ausserdem die Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen. In Bezug auf die Tataufarbeitung und die Verhinderung zukünftiger Straftaten wird die Übernahme von Verantwortung als notwendig erachtet. Alltägliche und „banale“ Entscheidungen sollen deshalb von der Soziotherapie als Übungsfelder genutzt werden.

Zur Rückfallprävention kann die Soziotherapie einen weiteren wichtigen Beitrag leisten, indem sie das zukünftige Umfeld mitbehandelt. Im Rahmen von Beziehungsurlauben, die von der Soziotherapie mitgeplant und begleitet werden, können problematische Umweltfaktoren erkannt werden, um daraus gezielte Interventionen abzuleiten. Im Rahmen der Netzwerkarbeit kann die Soziotherapie bestehende Netzwerke fördern, verbessern oder neue Netzwerke (z. B. Nachsorgebehandlung) erschliessen.

Aus den Schilderungen geht hervor, dass sich die Soziotherapie eignet, um zur Erreichung der drei Hauptzielen des Massnahmenvollzugs – Rückfallprävention, Resozialisierung und Behandlung – beizutragen. Nebst den vielen Möglichkeiten hat sich jedoch auch gezeigt, dass dieser Kontext spezifische Herausforderungen an die Soziotherapie stellt. So wirkt sich

## Fazit

insbesondere das starke Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft, welches sich im Ausschluss der Straffälligen, der starken Delikt- und Risikoorientierung und der herrschenden Nulltoleranzstimmung zeigt, erschwerend auf die Ausgestaltung der Soziotherapie. Um dem entgegenzuwirken, erfordert dies von der Soziotherapie eine Sensibilisierung der Gesellschaft, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit. Durch die Abgrenzung des Individuums zum Schutz der Gesellschaft sind die Möglichkeiten der Soziotherapie, das Umfeld mitzubehandeln, stark beschränkt. Dabei besteht die Gefahr, dass rein am Individuum interveniert und somit die Verantwortung für eine gelingende Resozialisierung dem Individuum allein angelastet wird. Dies wiederum widerspricht jedoch dem Verständnis der Soziotherapie, dass soziale Bedingungen als Mitauslöser von Straffälligkeit und psychischen Störungen verstanden werden und deshalb mit in die Behandlung einbezogen werden müssen. Das Sicherheitsbedürfnis verstärkt zudem das Kontrollmandat der Mitarbeitenden im Massnahmenvollzug. Dieses kann sich negativ auf die Beziehungsgestaltung auswirken. So erschweren beispielsweise Macht und Zwang, welche mit dem Kontrollmandat einhergehen, den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Eingewiesenen und Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen. Auch die Ausgestaltung echter Partizipationsmöglichkeiten wird durch das grosse Machtgefälle und die starke Kontrolle eingeschränkt. Die fehlende Partizipation kann sich negativ auf das Gefühl der Bedeutsamkeit der Eingewiesenen auswirken, welches wiederum einen Einfluss auf deren psychische Gesundheit hat. Als letzte Herausforderung ist die in der Soziotherapie erforderliche Einnahme einer empathischen und wertschätzenden Haltung gegenüber der Klientel zu nennen. Diese wird erschwert durch die Kenntnisse der Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen bezüglich der begangenen Delikte sowie dem trotzdem noch weit verbreiteten Strafgedanken.

Gelingt es der Soziotherapie trotz den genannten Herausforderungen die in den Ergebnissen dargelegten Möglichkeiten ausfindig zu machen und auszugestalten, kann sie einen wesentlichen Beitrag zur Behandlung des Individuums, zur Resozialisierung und dadurch zur Rückfallprävention leisten. Dabei ist es jedoch wichtig, dass sie an ihrem Grundverständnis trotz den restriktiven Rahmenbedingungen des Massnahmenvollzugs festhält und ihre besonderen Qualitäten zielführend einbringt.

Damit die Soziotherapie im Kontext des Massnahmenvollzugs auch in der praktischen Anwendung in der Lage ist, den dargelegten Beitrag zu leisten, bedingt dies eine Professionalisierung und Konzeptualisierung der Soziotherapie. Zur Anwendung dieser Behandlungsmethode benötigen Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen Kenntnisse über das ihr zugrundeliegende Verständnis sowie die notwendige Fach- und Methodenkompetenz. Liegen diese nicht vor, so wird Soziotherapie beliebig ausgestaltet und läuft in Gefahr, nicht die beabsichtigte Wirkung zu erbringen. Um zu einer Weiterentwicklung und Konzeptualisierung

## Fazit

der Soziotherapie beizutragen, muss klar sein, welche Profession dafür zuständig ist. In dieser Arbeit wurde Soziotherapie als Behandlungsmethode der klinischen Sozialarbeit und somit als der Sozialen Arbeit zugehörig definiert, weil sich diese von ihrem Grundverständnis her, ihrem Klientel sowie ihren Anwendungsfeldern am besten dafür eignet. Die Zuordnung im Rahmen dieser Arbeit und der Fakt, dass bereits in vielen Bereichen der Soziotherapie Sozialarbeitende tätig sind, reichen aber nicht aus. Der Auffassung der Autorinnen zufolge bedarf es, dass sich die Soziale Arbeit der Behandlungsmethode der Soziotherapie offiziell „annimmt“, um bestehende Lücken zu schliessen. In verschiedenen Bereichen müsste weiter Forschung initiiert und die Frage nach der Ausbildung zum Soziotherapeuten, zur Soziotherapeutin geklärt werden. In Bezug auf mögliche Ausbildungswege ist sowohl denkbar, dass die Grundlagen dieser speziellen Behandlungsmethode ins bestehende Grundstudium der Sozialen Arbeit integriert werden – als auch die Schaffung bzw. der Ausbau von Weiterbildungsmöglichkeiten für Sozialarbeitende zum Bereich der klinischen Sozialarbeit oder der Sozialen Arbeit im Straf- und Massnahmenvollzug. Die Klärung der Qualifikation von Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen könnte einen wichtigen Beitrag zum Legitimierungsprozess der Soziotherapie im Massnahmenvollzug leisten.

Die Methode der Soziotherapie könnte sich aber nicht nur für den Kontext des Massnahmenvollzugs eignen, sondern auch für weitere Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit. Für die breitere Anwendung spricht, dass sich die Klientel der Sozialen Arbeit im Allgemeinen immer mehr Richtung „Multiproblemklientel“ entwickelt und es immer mehr differenzierte Hilfestellungen gibt, in deren Gefüge sich Klienten und Klientinnen zurechtfinden müssen. Daher ist davon auszugehen, dass die Einnahme einer ganzheitlichen Perspektive in der Analyse und Behandlung sowie die Koordination- und Vernetzungsaufgabe an Bedeutung gewinnen. Auch diese Entwicklungen sprechen dafür, dass sich die Soziale Arbeit um eine Weiterentwicklung der Soziotherapie bemühen sollte.

Ob sich die Soziale Arbeit der Methode der Soziotherapie aber effektiv annimmt, bleibt unklar. Ebenso ungewiss ist die Frage, ob sich die Soziotherapie im Schweizer Massnahmenvollzug zu etablieren vermag und es zu einer Vereinheitlichung der sozialen Behandlungsmethode in stationären Massnahmenvollzugsanstalten kommt – oder nicht.

Die bisher ungeklärte Professionszugehörigkeit und die fehlende Wirksamkeitsforschung müssen jedoch nicht die einzigen Faktoren darstellen, die einer Anwendung der Soziotherapie im Massnahmenvollzug entgegenstehen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde lediglich untersucht, ob sich die Soziotherapie eignet, um einen Beitrag zur Zielerreichung des Massnahmenvollzugs zu leisten. Es ist nicht auszuschliessen, dass dabei Faktoren unbeachtet blieben, welche in Bezug auf andere Aspekte als der Zielerreichung gegen eine Eignung der Soziotherapie in diesem Kontext sprechen.



## Fazit

Beispielsweise stellt sich die Frage, ob das hohe Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft gegen eine Anwendung der Soziotherapie im Massnahmenvollzug sprechen könnte. Soziotherapie handelt in diesem spezifischen Kontext im Auftrag der Gesellschaft. Infolgedessen muss sie im Massnahmenvollzug die begrenzten Möglichkeiten an Übungsfelder bis zu einem gewissen Grad respektieren, um das Risiko von weiteren Straftaten zu minimieren. Die Optimierung von therapeutischen Möglichkeiten kann in Konflikt mit dem Schutzbedürfnis der Gesellschaft geraten. Es stellt sich die Frage, ob dieser Konflikt so stark ist, dass die Soziotherapie entweder ihrem Grundverständnis nicht mehr gerecht werden kann oder, durch ihren starken Fokus auf soziale Teilhabe und Recovery, die Risikofaktoren und krankhaften Anteile der Eingewiesenen zu wenig beachtet und dadurch dem Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft nicht genug Rechnung trägt.

Trotz den genannten kritischen Aspekten erachten es die Autorinnen – vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Arbeit – als möglich, dass die Soziotherapie im Schweizer Massnahmenvollzug Verwendung finden und einen Beitrag zu dessen Zielerreichung leisten kann, der für das Individuum sowie für die Gesellschaft gewinnbringend ist.

## 5 Literaturverzeichnis

- Academic. (2012). *Universal-Lexikon*. Abgerufen von [http://universal\\_lexikon.deacademic.com/562/Therapie](http://universal_lexikon.deacademic.com/562/Therapie)
- Aebersold, Peter. (2008). Ist das Ziel der (Re-)Sozialisierung noch zeitgemäss? In Nicolas Queloz, Ulrich Luginbühl, Ariane Senn & Sarra Magri (Hrsg.), *Ist das Ziel der Resozialisierung noch zeitgemäss? L`objectif de resocialisation est-il toujours d`actualité?* (S. 17-36). Bern: Stämpfli Verlag AG.
- Amt für Justizvollzug Massnahmenzentrum Bitzi. (2017). *Konzept MZB* [PDF]. Abgerufen von <https://www.mzb.sg.ch/home/OrganisationAufbau.html>
- Amt für Justizvollzug Massnahmenzentrum Bitzi. (2017). *Konzept Soziale Integration* [PDF]. Abgerufen von <https://www.mzb.sg.ch/home/OrganisationAufbau/SozialeIntegration.html>
- Avenir Social. (n.d.). *IFSW – International Federation of Social Workers Definition of Social Work* [PDF]. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch/de/p42014537.html>
- Baartz, Torsten. (2016). Psychiatrisch-Psychologischer Dienst (PPD). In Justizvollzugsanstalt St. Johannsen (Hrsg.), *Justizvollzugsanstalt St. Johannsen: Jahresbericht 2016* (S. 14-15) [PDF]. Abgerufen von [http://www.pom.be.ch/pom/de/index/freiheitsentzug-betreuung/vollzugseinrichtungen\\_erwachsene/massnahmezentrumstjohannsen/aktuell.html](http://www.pom.be.ch/pom/de/index/freiheitsentzug-betreuung/vollzugseinrichtungen_erwachsene/massnahmezentrumstjohannsen/aktuell.html)
- Baechthol, Andrea, Weber, Jonas & Hostettler, Ueli. (Hrsg.). (2016). *Strafvollzug: Straf- und Massnahmenvollzug an Erwachsenen in der Schweiz* (3. Aufl.). Bern: Stämpfli Verlag.
- Bammann, Kai. (2010). *Kreativität und künstlerisches Gestalten als Durchbrechung der „Totalen Institution“*. DiSSERTATION zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen [PDF]. Abgerufen von <https://d-nb.info/1011333856/34>
- Binner, Ulrich & Ortmann, Karlheinz. (2015). Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 71-87). Freiburg: Lambertus Verlag.
- Blättner, Beate. (2007). Das Modell der Salutogenese: Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 67-73.
- Bosch, Gregor. (1967). Psychotherapie und Soziotherapie. *Social Psychiatry*, 3, 111-124.
- Brägger, Benjamin. (2007). *Einführung in die neuen Bestimmungen des Schweizerischen Strafgesetzbuches zum Sanktionssystem und zum Straf- und Massnahmenvollzug an Erwachsenen: Ein tabellarischer Kurzüberblick der seit dem 1. Januar 2007 gültigen neuen Bestimmungen des StGB*. Bern: Stämpfli AG Verlag.

## Literaturverzeichnis

- Brägger, Benjamin. (2009). Strafrecht, Strafvollstreckungs- und Strafvollzugsrecht für Erwachsene. In Klaus Mayer & Huldreich Schildknecht (Hrsg.), *Dissozialität, Delinquenz und Kriminalität: Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit* (S. 65-80). Zürich: Schulthess.
- Brägger, Benjamin. (2011). Die Sichtweise eines Strafvollzugskaders: Strafvollzug im Spannungsfeld zwischen Vergeltung, Sühne und Resozialisierung. In Franz Riklin & Bettina Mez (Hrsg.), *Strafe muss sein... Wie viel Strafe braucht der Mensch?* (S. 53-59). Bern: Stämpfli Verlag.
- Brägger, Benjamin. (2013). Vierter Teil: Vollzug von Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Massnahmen. In Marcel Alexander Niggli & Hans Wiprächtiger (Hrsg.), *Basler Kommentar: Strafrecht I Art. 1-110 StGB Jugendstrafgesetz* (3. Aufl., S. 1697-1732). Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Claudon, André & Fink, Daniel. (2008). „What works“ im Strafvollzug: Die Suche nach der Wirksamkeit in der Täterbehandlung und Rückfallminderung. *Info Bulletin*, 2, 21-23.
- Deloie, Dario. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit: Traditionslinien - Theoretische Grundlagen – Methoden*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- De Martini, Luisella. (2008). Spezialisierung und Professionalisierung: Die Bewährungshilfe zwischen revidiertem Strafgesetzbuch und Nulltoleranz. *Info Bulletin*, 2, 7-10.
- Dietziker, Jeannette & Roth, Thomas. (n.d.). *Editorial: Die Rolle und das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Straf- und Massnahmenvollzug* [PDF]. Abgerufen von [www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial\\_aktuell\\_5746\\_5749.pdf](http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_5746_5749.pdf)
- Dilling, Horst, Mombour, Werner & Schmidt, Martin H. (Hrsg.). (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- DocCheck. (2017). *Flexikon – das Medizinlexikon zum Medmachen*. Abgerufen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Therapie>
- Dörner, Klaus, Plog, Ursula, Teller, Christine & Wendt, Frank. (2002). *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag Konrad.
- Dörner, Klaus, Plog, Ursula, Bock, Thomas, Brieger, Peter, Heinz, Andreas & Wendt, Frank. (Hrsg.). (2017). *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (24., vollst. überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dudenredaktion. (Hrsg.). (2017). *Duden: Deutsches Universalwörterbuch*. Abgerufen von <http://www.duden.de/>
- Edelson, Marshall. (2014). *The Practice of Sociiotherapy: A Case Study*. Abgerufen von <https://www.freepsychotherapybooks.org/psychotherapy/checkout/tas-step/step-1>
- Engelke, Ernst. (2004). *Die Wissenschaft Sozialer Arbeit: Werdegang und Grundlagen* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

## Literaturverzeichnis

- Erb, Thomas. (2009). Vollzugseinrichtungen für Erwachsene – Interner Vollzugsplanungsprozess und Vollzugsplan. In Klaus Mayer & Huldreich Schildknecht (Hrsg.), *Dissozialität, Delinquenz und Kriminalität: Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit* (S. 143-154). Zürich: Schulthess.
- Esser, Hartmut. (1999). *Soziologie – allgemeine Grundlagen* (3. Aufl.). Frankfurt: Campus Verlag.
- Epprecht, Maja. (1978). Aus der Sicht der Ergotherapeutin. In Edgar Heim (Hrsg.), *Milieutherapie: Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik* (S 110-114). Bern: Hans Huber Verlag.
- Europarat. (2004). *Freiheitsentzug: Die Empfehlungen des Europarates 1962-2003*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- FIB. (2017). *Sozialtherapeut* [Website]. Abgerufen von <http://eu-institut.com/studium/138ausbildungen/a-sozial/96-sozialtherapeut>
- Finzen, Asmus. (1978). Milieutherapeutische Konzepte in der Sozialpsychiatrie. In Edgar Heim (Hrsg.), *Milieutherapie: Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik* (S 14-21). Bern: Hans Huber Verlag.
- Finzen, Asmus & Hoffmann Richter, Ulrike. (2008). Die häufigsten psychischen Krankheiten. In Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (Hrsg.), *Mit psychisch Kranken leben: Rat und Hilfe für Angehörige* (S. 25-53). Bonn: Balance Buch und Medien Verlag.
- Frädrich, Stefan & Pfäfflin, Friedemann. (2000). Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, 3, 95-104.
- Frank, Gerhard. (2017). Lebenswelt. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8., überarb. und aktual. Aufl., S. 549-551). Baden-Baden: Nomos.
- Friboes, Ralph-Michael. (2004). Soziotherapie. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 347-351). Berlin Heidelberg: Springer.
- Gahleitner, Silke Birgitta. (2017). Pädagogisch-therapeutisches Milieu. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8., überarb. und aktual. Aufl., S. 621-622). Baden-Baden: Nomos.
- Gahleitner, Silke Birgitta & Pauls, Helmut. (2017). Therapie. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8., überarb. und aktual. Aufl., S. 911-912). Baden-Baden: Nomos.
- Gehrmann, Gerd & Müller, Klaus D. (2005). Charakteristika einer motivierenden Sozialen Arbeit. In Klaus D. Müller (Hrsg.), *Aktivierende Soziale Arbeit mit nicht-motivierten Klienten* (S. 93-103). Regensburg: Walhalla Fachverlag.
- Grawe, Klaus & Grawe-Gerber, Mariann. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.

## Literaturverzeichnis

- Genfer Zentrum La Pâquerette wird geschlossen. (2014, 25. Jan.). *Tagesanzeiger*.  
Abgerufen von <https://www.tagesanzeiger.ch/panorama/vermishtes/Genfer-Zentrum-La-Pquerette-wird-geschlossen/story/10881960>
- Germann, Urs. (2004). *Psychiatrie und Strafjustiz: Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850-1950*. Zürich: Chronos.
- Gerrig, Richard. (2016). *Psychologie* (20. Aufl.). Deutschland: Pearson.
- Gratz, Wolfgang. (2010). Wie frei ist die Sozialarbeit im Gefängnis. In Manuela Brandstetter & Monika Vyslouzil (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem: Von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl* (S. 283-298). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Grunwald, Klaus & Thiersch, Hans. (2010). Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In Karin Bock & Ingrid Mieth (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 101-112). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Hahn, Gernot. (2013). Sozialtherapeutische Beratung in der Forensischen Sozialarbeit. In Helmut Pauls, Petra Stockmann & Michael Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit: Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 225-242). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Heer, Marianne. (2013). Zweites Kapitel: Massnahmen. Erster Abschnitt: Therapeutische Massnahmen und Verwahrung. In Marcel Alexander Niggli & Hans Wiprächtiger (Hrsg.), *Basler Kommentar: Strafrecht I Art. 1-110 StGB Jugendstrafgesetz* (3. Aufl., S. 1167-1585). Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Hermann, Bruce & Jacoby, Ann. (2009). The Psychosocial Impact of Epilepsy in Adults. *Epilepsy & Behavior*, 15(2), 11-16. Abgerufen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3680516/>
- Huser, Gregor & Villiger, Simone. (2012). Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation: Theoretische Reflexionen und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit. Luzern: interact Verlag.
- Hoffer, Heike. (2017). Salutogenese. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8., überarb. und aktual. Aufl., S. 724). Baden-Baden: Nomos.
- Ihde-Scholl, Thomas. (2013). *Ganz normal anders: Alles über psychische Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote*. Schweiz: Axel Springer.
- Imperatori, Martino. (2013). Art. 84 Beziehungen zur Aussenwelt. In Marcel Alexander Niggli & Hans Wiprächtiger (Hrsg.), *Basler Kommentar: Strafrecht I Art. 1-110 StGB Jugendstrafgesetz* (3. Aufl., S. 1782-1797). Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Jorstad, Jarl. (1978). Ausbildung zu Milieuthérapeuten, ein kontinuierlicher Prozess. In Edgar Heim (Hrsg.), *Milieuthérapie: Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik* (S 115-131). Bern: Hans Huber Verlag.

## Literaturverzeichnis

- Justizvollzugsanstalt St. Johannsen. (2014). *Informationen für die Öffentlichkeit* [PDF]. Abgerufen von [http://www.pom.be.ch/pom/de/index/freiheitsentzug-betreuung/vollzugseinrichtungen\\_erwachsene/massnahmezentrumstjohannsen/Portrait.html](http://www.pom.be.ch/pom/de/index/freiheitsentzug-betreuung/vollzugseinrichtungen_erwachsene/massnahmezentrumstjohannsen/Portrait.html)
- Kawamura, Gabriele. (2010). Die Antworten der Sozialen Arbeit auf den gesellschaftlichen Wandel: Ansätze für die Straffälligenhilfe. In Werner Nickolai & Richard Reindl (Hrsg.), *Sozialer Ausschluss durch Einschluss: Strafvollzug und Straffälligenhilfe zwischen Restriktion und Resozialisierung* (S.13-34). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Keel, Joe. (2012). Interdisziplinäre Zusammenarbeit – ein Muss!. In Nicolas Queloz, Ulrich Luginbühl & Laura von Mandach (Hrsg.), *Am selben Strick ziehen: Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Justizvollzug* (S. 191-195). Bern: Stämpfli Verlag.
- Kehlenbeck, Jörg. (2017). Praxis der Soziotherapie. In Konrad Carsten (Hrsg.), *Therapie der Depression: Praxisbuch der Behandlungsmethoden* (S. 467-482). Berlin: Springer.
- Kistler, Liliane. (2009). Straf- und Massnahmenvollzug bei gemeingefährlichen Straffälligen. In Klaus Mayer & Huldreich Schildknecht (Hrsg.), *Dissozialität, Delinquenz und Kriminalität: Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit* (S. 167-176). Zürich: Schulthess.
- Knecht, Thomas. (2009). Grundlagen Psychopathologie: Dissozialität als Persönlichkeitsstörung. In Klaus Mayer & Huldreich Schildknecht (Hrsg.), *Dissozialität, Delinquenz und Kriminalität: Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit* (S. 23-32). Zürich: Schulthess.
- Knoll, Andreas. (2000). *Sozialarbeit in der Psychiatrie*. Opladen: Leske & Budrich.
- Köhler, Kirsten. (2008). Arbeit als Mittel der Therapie. In Kirsten Köhler & Friederike Steier-Mecklenburg (Hrsg.), *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation: Arbeitsfelder der Ergotherapie* (S. 39-47). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Köhler, Norber & Kallert, Thomas. (2009). Forensisch-psychiatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland: Ein Vergleich zwischen Alten und Neuen Bundesländern. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1, 56-66.
- Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren. (2014). *Grundlagen für den strafrechtlichen Sanktionenvollzug in der Schweiz* [PDF]. Abgerufen von <https://www.konkordate.ch/risikoorientierter-sanktionenvollzug-ros/richtlinien-und-empfehlungen>
- Kornberger, Manfred & Wohlmann-Kreuch, Teresa. (2008). Wirksame Behandlungsformen für den Massnahmenvollzug nach § 21.1 StGB – Versuch einer Integration der Forschungsergebnisse. *Psychologie in Österreich*, 2, 150-159.
- Kuhl, Hans Christian. (2008). *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz – 2000 bis 2006*. Neuchâtel: Schweizer Gesundheitsobservatorium.

## Literaturverzeichnis

- Lammel, Ute Antonia, Jungbauer, Johannes & Trost, Alexander. (2015). Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit in der spätmodernen Gesellschaft. In Ute Antonia Lammel, Johannes Jungbauer & Alexander Trost (Hrsg.), *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit: Grundposition - Forschungsbefund – Praxiskonzepte* (S. 15-27). Basel: Verlag modernes Lernen.
- Leiss, Ottmar. (2016). Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Abgerufen von <http://uexkuell-akademie.de/das-bio-psycho-soziale-krankheitsmodell/>
- Löcherbach, Peter. (2017). Case Management. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8., überarb. und aktual. Aufl., S. 147-148). Baden-Baden: Nomos.
- Luginbühl, Ulrich. (2007). *Die zunehmende Bedeutung von Sozialpädagogik im Straf- und Massnahmenvollzug* [PDF]. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch/de/p42007956.html?cat=42001000&seq=12>
- Luginbühl, Ulrich & Queloz, Nicolas. (2009). Vorwort. In Nicolas Queloz, Ulrich Luginbühl & Laura von Mandach (Hrsg.), *Am selben Strick ziehen: Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Justizvollzug* (S. V). Bern: Stämpfli Verlag.
- Maelicke, Bernd & Simmedinger, Renate. (1987). *Sozialarbeit und Strafjustiz: Untersuchungen und Konzeptionen zur Reform der Straffälligenhilfe*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Mauch, Gerhard & Mauch, Roland. (1971). *Sozialtherapie und die Sozialtherapeutische Anstalt, Erfahrungen in der Behandlung Chronisch-Krimineller: Voraussetzungen, Durchführung und Möglichkeiten*. Stuttgart: Ferdinand Enge Verlag.
- Mayer, Klaus. (2015). Risiken im Straf-und Massnahmenvollzug: Handlungsgrundlagen und Konsequenzen für die Praxis. In Hanspeter Hongler & Samuel Keller (Hrsg.). *Risiko und Soziale Arbeit: Diskurse, Spannungsfelder, Konsequenzen* (S. 151-172). Wiesbaden: Springer.
- Mayer, Klaus & Kherfouche, Carole. (2009). Forensische Therapie mit Sexual- und Gewalt straftätern. In Klaus Mayer & Huldreich Schildknecht (Hrsg.), *Dissozialität, Delinquenz und Kriminalität: Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit* (S. 231- 240). Zürich: Schulthess.
- Mayer, Klaus & Schildknecht, Huldreich. (Hrsg.). (2009). *Dissozialität, Delinquenz und Kriminalität: Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit*. Zürich: Schulthess.
- Möbius, Thomas. (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In Thomas Möbius & Sybille Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten: Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 13-30). Wiesbaden: Springer Fachmedien, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Müller, Daniel & Rossi, David. (2009). *Rückfall nach Massnahmenvollzug: Eine Studie zur Rückfälligkeit von jungen Erwachsenen aus den Massnahmenzentren Arxhof und Utikon*. Niederdorf: Arxhof, Massnahmenzentrum für junge Erwachsene.

## Literaturverzeichnis

- Müller, Jürgen L. & Saimeh, Nahlah. (2017). Standards für die Behandlung im Massregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB: Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. *Der Nervenarzt*. doi: 10.1007/s00115-017-0382-3
- Näf, Leo. (2009). Massnahmenzentren für Erwachsene. In Klaus Mayer & Huldreich Schildknecht (Hrsg.), *Dissozialität, Delinquenz und Kriminalität: Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit* (S. 135-142). Zürich: Schulthess.
- Nationale Kommission zur Verhütung von Folter. (2014). *Massnahmenvollzug* [Website]. Abgerufen von <https://www.nkvf.admin.ch/nkvf/de/home/freiheitsentzug&massnahmenvollzug.html>
- Nedopil, Norbert. (2003). Stand der Forschung in der forensischen Psychiatrie. In Jürgen Leo Müller & Göran Hajak (Hrsg.), *Über das Dürfen und Müssen der Forschung mit forensischen Patienten* (S. 48-75). Aachen: Shaker.
- Nedopil, Norbert & Müller, Jürgen Leo. (2012). *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht* (4. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Neukom, Marius, Grimmer, Bernhard & Merk, Agatha. (2011). Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. In Urs Baumann & Meinrad Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 456-475). Bern: Hans Huber Verlag.
- Nickolai, Werner & Reindl, Richard. (Hrsg.). (2001). *Sozialer Ausschluss durch Einschluss: Strafvollzug und Straffälligenhilfe zwischen Restriktion und Resozialisierung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Noll, Thomas. (2016). *Strafvollzug – Vom Leben im Gefängnis*. Bern: Stämpfli Verlag.
- Northoff, Robert. (2012). *Methodisches Arbeiten und therapeutisches Intervenieren: Eine Einführung in die Bewältigung sozialer Aufgabenstellungen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Ortner, Helmut & Wetter, Reinhard. (1980). *Sozialarbeit ohne Mauern: Anstösse zu einer „befreienden“ Gefangenenarbeit*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Pantucek, Peter. (1998). Einige methodische Konsequenzen des lebensweltorientierten Zugangs. In Peter Pantucek & Monika Vyslouzil (Hrsg.), *Theorie und Praxis Lebensweltorientierter Sozialarbeit* (S. 13-28). St.Pölten: SozAKTIV.
- Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Pauls, Helmut. (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *Resonanzen: E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 15-31. Abgerufen von <http://www.resonanzen-journal.org>
- Pauls, Helmut & Stockmann, Petra. (2013). Sozialtherapeutische Beratung eine Begriffsbestimmung. In Helmut Pauls, Petra Stockmann & Michael Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit: Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 11-20). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.



## Literaturverzeichnis

- Pauls, Helmut & Hahn, Gernot. (2015). Sozialtherapie. In Ute Antonia Lammel, Johannes Jungbauer & Alexander Trost (Hrsg.), (2015). *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit: Grundposition - Forschungsbefund – Praxiskonzepte* (S. 29-43). Basel: Verlag modernes Lernen.
- Ploeger, Andreas. (1978). Die Abteilung als therapeutische Einheit im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft. In Edgar Heim (Hrsg.), *Milieu-therapie: Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik* (S 57-73). Bern: Hans Huber Verlag.
- Prisonization. (2016). *USLegal*. Abgerufen von <https://definitions.uslegal.com/p/prisonization/>
- Rehberg, Jörg. (2001). *Strafrecht II: Strafen und Massnahmen Jugendstrafrecht* (7. Aufl.). Zürich: Schulthess.
- Riklin, Franz & Niggli, Marcel Alexander. (2007/2008). Kurzeinführung ins Strafrecht (AT): Für Studierende des 1. Semesters [PDF]. Abgerufen von [www.unifr.ch/strr/download/Strafrecht/AT\\_3\\_Einfuehrungsskript.pdf](http://www.unifr.ch/strr/download/Strafrecht/AT_3_Einfuehrungsskript.pdf)
- Rosnet. (2017). *Warum Risikoorientierter Sanktionenvollzug?* [Website]. Abgerufen von <http://rosnet.ch/de-ch/>
- Rütsche, Bernhard. (2015). *Rechtsgutachten: Vollzug von Schweizer Strafurteilen in ausländischen Strafvollzugsanstalten* [PDF]. Abgerufen von [www.paulusakademie.ch/upload/20101014155231.pdf](http://www.paulusakademie.ch/upload/20101014155231.pdf)
- Scherr, Albert. (2001). Soziale Ausgrenzung, Kriminalisierung – und was macht die Soziale Arbeit?. In Werner Nickolai & Richard Reindl (Hrsg.), *Sozialer Ausschluss durch Einschluss: Strafvollzug und Straffälligenhilfe zwischen Restriktion und Resozialisierung* (S. 35-50). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Schildknecht, Huldreich. (2009). Geschichtlicher Rückblick und aktuelle Herausforderungen. In Klaus Mayer & Huldreich Schildknecht (Hrsg.), *Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität: Ein Handbuch für die interdisziplinäre Arbeit* (S. 101-106). Zürich: Schulthess.
- Schmocker, Beat. (2012). Berufsethik im Zwangskontext: Wie viel Zwang ist legitim? In Patrick Zobrist (Hrsg.), *Werkstattheft Soziale Arbeit mit Pflichtklientinnen und Pflichtklienten: Theoretische Positionen – methodische Beiträge – neue Perspektiven* (S. 42-51). Luzern: interact Verlag.
- Schneeberger Georgescu, Regine. (1996). *Betreuung im Strafvollzug: Das Betreuungspersonal zwischen Helfen und Strafen*. Bern: Haupt Verlag.
- Schönherr, Sylvia. (2003). *Soziotherapie bei psychiatrischen Erkrankungen am Beispiel Schizophrenie und Zwangsstörungen* (Diplomarbeit) Evangelische Fachhochschule, Hochschule für Sozial- und Gesundheitswesen: Ludwigshafen. Abgerufen von <http://femmessies.de/MessieSyndrom/Diplomarbeiten/SOZIOTHE.pdf>

## Literaturverzeichnis

- Schüler, Wolfgang W. (2014). *Lauftherapie mit Kindern und Jugendlichen: Psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit durch ausdauerndes Laufen*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Schwendter, Rolf. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Seifert, Simone. (2014). *Der Umgang mit Sexualstraftätern: Bearbeitung eines sozialen Problems im Strafvollzug und Reflexion gesellschaftlicher Erwartung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Spehr, Aranke & Briken, Peer. (2010). *SAPROF: Leitlinien für die Erfassung von protektiven Faktoren bei einem Risiko für gewalttätiges Verhalten*. Utrecht: Forum Educatief.
- Steinbach, Jennifer, Hässig, Leena, Kohle, Katinka & Ermer, Anneliese. (2009). Dissoziale Persönlichkeitsstörung: Diagnostik, Störungstheorie und Behandlung aus personenzentrierter Sicht. *Person, 2*, 124-136. Abgerufen von <https://boris.unibe.ch/id/eprint/32394>
- Steingass, Hans-Peter, Dreckmann, Imke, Evertz, Petra, Huf, Andrea, Knorr, Dietrich, Kreuels, Annegret, Linder, Heinz Toni, Tichelbäcker, Heinz & Verstege, Rainer. (2000). *Soziotherapie chronisch Abhängiger- ein Gesamtkonzept*. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft mbH.
- Stiftung für Salutogenese. (2013). *Was bedeutet Salutogenese* [Website]. Abgerufen von <http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/?id=167>
- Stimmer, Franz. (2012). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Stuber, Manfred. (2014). Vorwort Massnahmenzentrum St. Johannsen. In Massnahmenzentrum St. Johannsen (Hrsg.), *Massnahmenzentrum St. Johannsen: Informationen für die Öffentlichkeit* (S. 5) [PDF]. Abgerufen von [http://www.pom.be.ch/pom/de/index/freiheitsentzug-betreuung/vollzugseinrichtungen\\_erwachsene/massnahmezentrumstjohannsen/Portrait.html](http://www.pom.be.ch/pom/de/index/freiheitsentzug-betreuung/vollzugseinrichtungen_erwachsene/massnahmezentrumstjohannsen/Portrait.html)
- Ten Bruggencate, Ineke. (2011). *Soziale Arbeit im ambulanten Massnahmenvollzug: Rückfällen vorbeugen durch Beziehungs- und Veränderungsarbeit* (Bachelorarbeit). Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Soziale Arbeit: Zürich.
- Thiersch, Hans, Grunwald, Klaus & Köngeter, Stefan. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Titelbild Umschlagseite. (n.d.). *Stacheldraht*. Abgerufen von <http://i.huffpost.com/gen/3282822/images/n-ZAUN-large570.jpg>
- Trotter, Chris. (2001). Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen: Ein Handbuch für die Praxis (Übers.). In Marianne Gumpinger (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen* (S. 97-304). Linz: Edition Pro Mente.

## Literaturverzeichnis

- Uechtenhagen, Ambros. (1978). Gruppenprozesse in der therapeutischen Gemeinschaft. In Edgar Heim (Hrsg.), *Milieuthérapie: Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik* (S 93-99). Bern: Hans Huber Verlag.
- Vannini, Claudio. (2012). Interdisziplinarität im Massnahmenzentrum Bitzi, Mosnang. In Nicolas Queloz, Ulrich Luginbühl & Laura von Mandach (Hrsg.), *Am selben Strickziehen: Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Justizvollzug* (S. 153-165). Bern: Stämpfli Verlag.
- Verduin, Femke, Smid, Geert E., Wind, Tim R. & Scholte, Willem F. (2014). In search of links between social capital, mental health and sociotherapy: A longitudinal study in Rwanda. *Social Science & Medicine*, 121, 1-9.
- Waller, Heiko. (2007). *Sozialmedizin: Grundlagen der Praxis* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, Jonas, Schaub, Jann, Bumann, Corinna & Sacher, Kevin. (2015). *Anordnung und Vollzug stationärer therapeutischer Massnahmen gemäss Art. 59 StGB mit Fokus auf geschlossene Strafanstalten bzw. geschlossene Massnahmeneinrichtungen: Studie zuhanden der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF)*. Bern: Universität Bern Rechtswissenschaftliche Fakultät Institut für Strafrecht und Kriminologie.
- Wentland, Wolfgang. (2003). *Veränderungstraining im Alltag: Eine Anleitung zur In-vivo-Arbeit in Therapie, Beratung und Selbsthilfe*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wüsten, Günther. (2013). Ressourcenorientierung. In Helmut Pauls, Petra Stockmann & Michael Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit: Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 11-20). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.