

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/5575

Von: Bernd Maelicke [<mailto:berndmaelicke@aol.com>]

Gesendet: Montag, 1. Februar 2016 17:15

e-mail an: Innenausschuss (Landtagsverwaltung SH)

Betreff: Anhörung StVollzG SH am 3. 2. 16

Sehr geehrter Herr Dr. Galka,

mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Innen- und Rechtsausschusses übersende ich Ihnen anbei für die og Sitzung eine Veröffentlichung zum Thema Komplexleistung Resozialisierung.

Danke und beste Grüsse

Prof. Dr. Bernd Maelicke

Komplexleistung Resozialisierung: im Verbund zum Erfolg

Bernd Maelicke

Das Thema „Übergangsmanagement“ ist z.Zt. in der Fachdiskussion über die Wirksamkeit des Strafvollzugs das Top-Thema: alle 16 Bundesländer entwickeln Projekte an den Schnittstellen zwischen den Justizvollzugsanstalten und den Organisationen, die für die Wiedereingliederung nach der Entlassung zuständig sind: Jugendgerichtshilfe, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht, Agenturen für Arbeit, Freie Straffälligenhilfe, Freie Bildungsträger, Schuldnerberatung, Suchtberatung usw..

Diese Projekte setzen an der bekannten Tatsache an, dass trotz aller Reformbemühungen der letzten Jahre und Jahrzehnte die Rückfallquoten insbesondere des geschlossenen Vollzugs unverändert hoch sind. Unter den Zielsetzungen aller Länder- (Jugend-) Vollzugsgesetze, durch den Strafvollzug zu einer möglichst rückfallfreien Wiedereingliederung der Inhaftierten beizutragen, ist diese weitgehende und strukturelle Unwirksamkeit nicht länger hinnehmbar – zumal wenn man sie misst an den weitaus geringeren Rückfallquoten, die z.B. die Bewährungshilfe als ambulante Maßnahme bei durchaus vergleichbaren Tätergruppen erreicht.

Bereits bei den Anhörungen der Landtage zu den neuen Jugendstrafvollzugsgesetzen im Jahr 2007 wurde von Experten immer wieder darauf hingewiesen, dass nach allen kriminologischen Erkenntnissen eine Verbesserung der Resozialisierungsquoten des Vollzuges nur dann erreicht werden

kann, wenn nach dem auch international bewährtem Konzept der „durchgehenden Betreuung“ stationäre und ambulante Maßnahmen so miteinander verzahnt werden, dass vor allem die schwierige Zeit nach der Entlassung (in den ersten 6 Monaten danach finden die meisten Rückfälle statt) mit einem Netzwerk unterstützender und kontrollierender Aktivitäten vorbereitet und begleitet wird.

Leider war der Zeitdruck für die Landesparlamente so groß (bis 31. 12. 2007 mussten nach der Vorgabe des BVerfG die neuen Jugend-Vollzugsgesetze verabschiedet sein), dass sie diese wichtigen fachwissenschaftlichen Impulse nicht aufgreifen konnten bzw. wollten. So bleibt festzustellen, dass die meisten Ländergesetze sich weitgehend auf Regelungen des status quo beschränkt und nur wenige innovative Ansätze befördert haben.

Die Länder-Justizministerien haben insbesondere die Chance (die Verpflichtung!) nicht genutzt, dass sie nicht nur für den Vollzug sondern auch für die ambulanten Sozialen Dienste der Justiz (Gerichtshilfe, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht) und für die Freie Straffälligenhilfe zuständig sind. Sie haben nach der Föderalismusreform nunmehr die alleinige Steuerungs-, Personal- und Finanzierungskompetenz für das vollständige System der ambulanten und stationären Resozialisierung – fachlich überzeugende Gesamtkonzepte und Reso-Masterpläne sind jedoch nur rudimentär erkennbar.

Die oben genannten Einzel-Projekte des Übergangsmanagements sind bestenfalls „Leuchttürme“, sie weisen allerdings nach, dass es durch ein strategisches und operatives Schnittstellenmanagement gelingt, die Rückfallquoten zu senken und die Integrationserfolge nach der Entlassung zu steigern (Stabilisierung in den Lebenslagen Wohnen, Arbeit, Absicherung des Lebensunterhalts, Entschuldung, Drogenabstinenz, soziale Beziehungen).

Komplexleistung Resozialisierung

Das Sozialgesetzbuch hat im Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) den Begriff der „Komplexleistung“ in § 30 für die Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder eingeführt. Diese schließt Leistungen der medizinischen Rehabilitation und solche zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ein. Ziel ist die Leistungserbringung „aus einer Hand“, wobei es ein Träger „zuständigkeitsübergreifend“ übernimmt, die gesamte Leistung auf der Grundlage eines gemeinsamen Förder- und Behandlungsplans zu erbringen und dazu andere Träger mit ihren Leistungsanteilen heranzuziehen.

„Komplexleistung“ meint also die Zusammenführung von Einzelleistungen zur interdisziplinär abgestimmten Deckung eines individuellen Hilfe- und Behandlungsbedarfs. Das Ziel der Rehabilitation ist offensichtlich nur durch die Koordination verschiedener zuständiger Organisationen und durch die Kooperation der beteiligten Fachkräfte zu erreichen.

Auch in weiteren Sozialleistungsbereichen hat sich diese systemische und ganzheitliche Betrachtungsweise durchgesetzt – die Spezialisierung und Versäulung des deutschen Sozialleistungssystems ist so unüberschaubar und kompliziert geworden, dass nachhaltige Wirkungen nur noch erreicht werden können, wenn über vernetzte Strukturen und Instrumente „durchgehende“ Dienstleistungsketten geschaffen werden können. Die Jugendhilfe, die Behindertenhilfe, die Altenhilfe, die Psychiatrische und die Gesundheitliche Versorgung sind solche Arbeitsfelder, die mit Instrumenten der Hilfeplanung, des Casemanagements, der „Integrierten Versorgung“ und der Sozialraumorientierung bei Multiproblemmustern die strukturellen Grenzen zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und

Einrichtungen überwinden und so ihre Ziele und Aufgaben mit größerem Erfolg realisieren bzw. weitere Exklusion verhindern.

Entscheidend ist das Verständnis eines integrierten Hilfe- und Unterstützungsprozesses über lange Handlungsketten, möglichst den ganzen Hilfeprozessverlauf. Die aktive Gestaltung von Übergängen – im Lebenslauf und zwischen den Organisationen bzw. Personen (Vermeidung von Abbrüchen und Drehtüreffekten) – ist ein vorrangiges Ziel, das strukturelle Schwächen aller derzeitigen Systeme überwinden will.

Diese fachliche Entwicklung ist weitgehend an der Justiz und ihren Institutionen der Resozialisierung vorbeigegangen. Selbst in ihrem unmittelbaren Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich sind vernetzte Strukturen, „Wertschöpfungsketten Resozialisierung“, institutionsübergreifende Hilfe- und Behandlungspläne mit einer entsprechenden Falldokumentation und Evaluation unterentwickelt – dies geht nicht nur zu Lasten der Behandlungsqualität sondern führt häufig auch zu Kontrolldefiziten und damit zu Sicherheitsproblemen. Erklärbar ist dies dadurch, dass die „Dritte Gewalt“ zu wenig integriert ist in den allgemeinen interdisziplinären Austausch von „Forschung und Entwicklung“, der unverzichtbar für Innovation und kontinuierliche Verbesserung ist (der Bedeutungsverlust der kriminologischen Forschung ist dafür ein weiterer Indikator).

Es ist offenkundig, dass die Aufgabe der Resozialisierung (also der Vermeidung/Reduzierung von Rückfällen und der Förderung der sozialen Integration in die Gesellschaft) alle Merkmale einer „Komplexleistung“ erfüllt. Resozialisierung kann nur gelingen, wenn die Einzelleistungen der zuständigen Organisationen und ihrer Fachkräfte zusammengeführt werden zu einem interdisziplinär abgestimmten Handlungs- (und Kontroll-) Konzept mit

einer einzelfallübergreifenden Koordination und einer einzelfallbezogenen Kooperation (Casemanagement).

Dem Vollzug kann unmittelbar nur die Ergebnisqualität am Abschluß seiner Behandlungs- Maßnahmen zugerechnet werden – also z.B. der Abschluß einer Therapie, des Sozialen Trainings oder einer schulischen oder beruflichen Bildungsmaßnahme. Die Eingliederungs-Phase nach der Entlassung wird durch ihn jedoch nur mittelbar beeinflusst (positiv z.B. durch die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, aber auch negativ durch Nachwirkungen der Gefangenensubkultur oder durch Prisonisierungseffekte).

Wenn die für eine erfolgreiche Resozialisierung wichtigsten Indikatoren die Rückfallfreiheit und das Maß der sozialen Integration sind, dann ist der Erfolg bzw. der Mißerfolg und damit das Zusammenwirken des Gesamtsystems stationärer und ambulanter Maßnahmen zu messen – alle Faktoren und Impulse wirken sich durchgängig in den Biographien der Straffälligen aus, entsprechend sind sie zu planen, zu koordinieren, zu dokumentieren und zu bewerten.

Integrierte Resozialisierung

Dringend erforderlich sind also Netzwerke, in denen an einem Ort oder in einer Region die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Resozialisierung in geregelter Weise ergebnisorientiert zusammenarbeiten.

Die Integration der Leistungserbringer erfolgt organisatorisch durch den Aufbau geeigneter Strukturen, z.B. durch Verbundsysteme und über Anlauf- und Servicestellen im System der Resozialisierung. Die Hilfe-, Behandlungs- und Kontrollleistungen sollten bruchlos und in Überwindung von Sektorgrenzen und Kommunikationsbarrieren erfolgen. In den Handlungsketten ist ein Schnittstellen- bzw.

Überleitungsmanagement erforderlich. (vgl. § 140 a SGB V).

Perspektiven

Die Justizministerien und die Länderparlamente sind gefordert, an diesem Stand der Fachdiskussion nicht weiterhin vorbeizugehen. Die Erfolgsquoten der sozialen Integration und der Rückfallvermeidung können und müssen wesentlich gesteigert werden – es kann nicht verantwortet werden, diese Erkenntnisse zu verdrängen. Im Hinblick auf die öffentliche Sicherheit und die gesteigerten professionellen Ansprüchen und Möglichkeiten der betroffenen Fach- und Führungskräfte. „Leuchtturmpolitik“ reicht nicht mehr, es geht um strukturelle und flächendeckenden Reorganisation.

Wenn nun die meisten Länder nach der gesetzlichen Regelung der Untersuchungshaft in den nächsten Jahren auch den Erwachsenen-Strafvollzug neu regeln, gilt das Argument des Zeitdrucks nicht mehr. Eingefordert werden müssen nun moderne und zukunfts-taugliche Landesgesetze, die die bereits vom BVerfG für den Jugendvollzug geforderte „Verzahnung“ mit ambulanten Maßnahmen verbindlich und flächendeckend regeln. Insbesondere die Bewährungshilfe muß dringend fachlich innoviert und organisatorisch und personell verstärkt werden (Experten haben bereits vor Jahren bundesweit 1000 zusätzliche Stellen gefordert, um zu fachlich verantwortbaren Fallzahlen zu kommen, ihre Wirksamkeit weiter zu verstärken und den Vollzug zu entlasten).

Wenn aktuell in Ländern wie Brandenburg und Niedersachsen über „Landesresozialisierungsgesetze“ nachgedacht wird, so ist dies der richtige Weg, die gesetzgeberische Verantwortung für die ambulante und stationäre Resozialisierung in Folge der Föderalismusreform zu übernehmen. Dabei geht es nicht um mehr Geld: das Gesamtsystem benötigt nicht mehr Ressourcen, wohl aber unter Effektivitäts- und Effizienzkr-

terien dringend eine Umverteilung der Personal- und Sachkosten – also keine Steigerung der Gefangenenzahlen, aber bessere vollzugliche Behandlungsprogramme und mehr Sicherheit während der Inhaftierung sowie damit vernetzte hochprofessionelle Unterstützung, Begleitung und Kontrolle bei der sozialen Integration in die Gesellschaft.

Literatur:

- Amelung u.a., Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren – von der Idee zur Umsetzung, 2006
 Amelung u.a., Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren – Innovative Modelle der Praxis, 2007
 Arnold / Maelicke, Lehrbuch der Sozialwirtschaft, 3. Aufl., 2009
 Cornel u.a., Resozialisierung – Handbuch, 3. Aufl., 2009
 Maelicke u.a., Lexikon der Sozialwirtschaft, 2008
 Maelicke, Integrierte Resozialisierung als strategische Innovationsaufgabe, Forum Strafvollzug, 1/2008, S. 7 ff.



berndmaelicke@aol.com

Tagung:

Früh genug ist nie zu spät – Vom Management der Übergänge

Fachtagung des Fachverbandes
Evangelische Konferenz für
Straffälligenhilfe

27. April 2009

Ort: Kassel

Kontakt: faensen@diakonie.de
Tel.: 030 83001-368