

Der TBS-Maßnahmenvollzug in den Niederlanden

Resozialisierung durch Therapie

Sabrina Moser
1710406027
so171027@fhstp.ac.at

Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 13.05.2020
Version: 1

Begutachter*in: FH-Prof. Dr. Tom Schmid, Pascal Laun, BA MA

Abstrakt

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer Forschungsarbeit des Studiengangs Soziale Arbeit der FH St. Pölten und thematisiert den Maßnahmenvollzug in den Niederlanden, am Beispiel der TBS-Maßnahme. Durch diese können Straftäter*innen zu einer Gefängnisstrafe und einer anschließenden Behandlung in einer Psychiatrie verurteilt werden. Der Erfolg der Therapie liegt in der Verantwortung der Patient*innen, da diese über die Annahme der Behandlung entscheiden. Das Ziel ist die Resozialisierung von straffällig gewordenen Personen und das Verhindern weiterer Straftaten. Die Beendigung der Behandlung ist dann möglich, wenn die Sicherheit der Gesellschaft trotz Entlassung der Patient*innen gewährt ist. Für die Datenerhebung wurde ein narratives Interview geführt, welches mittels Systemanalyse ausgewertet wurde.

Abstract

The thesis was written as part of a research project of the Social Work Bachelor's Program at the St. Pölten University of Applied Sciences and focuses on the implementation of measures in the Dutch penal system, using the TBS method as an example. It is generally used to sentence criminals to prison and subsequent treatment in a psychiatric facility. The success of the therapy lies within the patients' responsibility, as they decide whether to accept the treatment or not. The aim is to re-socialize those who have committed crimes and to prevent further crimes. Treatment can be terminated if the safety of the society is guaranteed despite the patient's dismissal. A narrative interview was conducted for the data collection, which was evaluated using system analysis.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Wieso ausgerechnet dieses Thema?	6
2.1	Niederländischer Maßnahmenvollzug – Wie kam es zu dieser Idee?	6
2.2	Wen interessiert das Ergebnis?	6
2.3	TBS – Eine unbekannte Maßnahme in Österreich?	6
2.4	Vorannahmen	7
3	Maßnahmenvollzug in den Niederlanden - Forschungsfrage und Methoden	8
3.1	Methodenwahl.....	8
3.1.1	Setting und Durchführung	8
3.1.2	Das narrative Interview	9
3.1.3	Auswertungsmethodik.....	10
4	Wichtige Begriffe im niederländischen System	11
4.1	Maßnahmenvollzug.....	11
4.2	Straftat	11
4.3	Psychiatrie	12
4.4	Resozialisierung.....	12
5	Das TBS-System in den Niederlanden.....	13
5.1	Einführung in den Maßnahmenvollzug	13
5.2	Was macht den TBS-Maßnahmenvollzug besonders?.....	13
5.3	Wie unterscheiden sich TBS-Maßnahmen voneinander?.....	14
5.3.1	Behandlung oder doch eher Bestrafung?	15
5.4	Der Report als Grundlage einer Verordnung zu TBS	16
5.5	Kapazität	17
5.6	Wie lassen sich die Patient*innen einer TBS-Klinik beschreiben?	17
5.7	Das Leben in einer TBS-Klinik	18
5.7.1	Aktivitäten.....	19
5.7.2	Betreuung durch ein multiprofessionelles Team	19
5.7.3	Klinische Behandlung.....	20
5.7.4	Tagesstruktur	23
5.7.5	Die Rolle des sozialen Umfelds	24
5.7.6	Sicherheit	24
5.8	Ziel der Behandlung.....	24
5.9	Der schrittweise Weg in die Freiheit	25
5.9.1	Langfristige Betreuung für Patient*innen ohne Fortschritt	27
5.10	Rückfallrate	27
6	TBS-Maßnahmenvollzug - Resümee und Forschungsausblick	28
6.1	Stärken des TBS-Maßnahmenvollzuges	28
6.2	Schwächen der TBS-Maßnahmen.....	28

6.3 Chancen.....	29
6.4 Risiken	29
6.5 Empfehlungen	30
6.6 Empfehlung für die Forschung	31
6.7 Reflexion des Forschungsprozesses	31
Literatur	33
Daten	36
Abkürzungen	36
Abbildungen	37
Anhang.....	37
Eidesstattliche Erklärung.....	38

1 Einleitung

In den Niederlanden ermöglicht der TBS-Maßnahmenvollzug die duale Verurteilung von Straftäter*innen, was bedeutet, dass nach Verbüßung der Gefängnisstrafe eine Maßnahme angeordnet werden kann. Neben dem Schutz der Gesellschaft ist das Ziel die Wiedereingliederung der straffällig gewordenen Person in die Gesellschaft (vgl. De Boer / Gerrits 2007:459).

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Forschungsprojektes „Erfahrungen von Menschen mit Langzeitpsychiatrieerfahrungen in Gesundheitseinrichtungen¹“ und wurde im Rahmen des Bachelor-Studiengangs Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten erstellt.

Diese Forschungsarbeit thematisiert die einzelnen Komponenten des TBS-Maßnahmenvollzuges und beschreibt das Erleben aus Sicht eines ehemaligen Patienten. Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um zu einer TBS-Maßnahme verurteilt zu werden, werden angeführt und der Behandlungsprozess wird dargestellt. Ebenso werden die Schritte bis zur Entlassung aus dem Maßnahmenvollzug erklärt.

Die Realisierung dieser Forschungsarbeit gelang durch den fünfmonatigen Auslandsaufenthalt in den Niederlanden. Zum einen wurden die Informationen durch Literatur gewonnen, zum anderen durch ein Interview mit einem ehemaligen Patienten einer Psychiatrie. Aus Gründen des Datenschutzes wird sowohl der Ort dieser Klinik als auch der Name der Person nicht genannt. Ich möchte mich hiermit bei dem Interviewten bedanken, der mit mir solche persönlichen Erfahrungen geteilt hat und sich bereit erklärt hat das Gespräch auf Englisch zu führen.

¹ Die elf anderen Forschungsarbeiten des Projektes sind im Literaturverzeichnis angeführt.

2 Wieso ausgerechnet dieses Thema?

2.1 Niederländischer Maßnahmenvollzug – Wie kam es zu dieser Idee?

Im Rahmen einer Lehrveranstaltung im ersten Studiensemester wurde ein Mitarbeiter des Vereins Neustart, eine Einrichtung deren Aufgabe die Unterstützung der Straftäter*innen bei der Resozialisierung ist (vgl. Neustart o.A), in unsere Präsenzeinheit eingeladen, um über seine Arbeit und die Organisation zu berichten. Bereits während meiner Schulzeit hatte ich großes Interesse am Strafrecht und fand es deshalb umso spannender zu erfahren, dass ich mit dieser Materie auch als Sozialarbeiterin einmal beschäftigt sein kann. Ebenso hat mich der Zwangskontext, in dem gearbeitet wird, fasziniert.

Während meines Auslandssemesters in den Niederlanden hatte ich die Chance, mit meiner Studienklasse eine forensisch-psychiatrische Klinik zu besuchen, wo mir ein mir neuer Maßnahmenvollzug, der TBS-Maßnahmenvollzug, vorgestellt wurde. Dieser ermöglicht die duale Verurteilung von straffällig gewordenen Personen zu einer Gefängnisstrafe und einer anschließenden Einweisung in die Psychiatrie (vgl. Struijk / Mevis 2016:97). Im Gespräch mit einem ehemaligen Patienten erkannte ich, dass es genaue Richtlinien gibt, die erfüllt sein müssen, dass Straftäter*innen zu dieser Maßnahmenform verurteilt werden können. Diese Bedingungen möchte ich in dieser Arbeit thematisieren, genauso wie den Prozess der Behandlung und die Schritte bis zur Beendigung. Dabei sollen die Erfahrungen des ehemaligen Patienten miteinfließen.

2.2 Wen interessiert das Ergebnis?

Einerseits ist die Forschungsarbeit für mich relevant, da ich mich für ein Praktikum in einer niederländischen Einrichtung, die mit straffällig gewordenen Menschen arbeitet, interessiere und so bereits ein Vorwissen mitbringen kann. Andererseits sind die Ergebnisse für Beschäftigte im österreichischen Maßnahmenvollzug spannend, da sie einen Vergleich mit der Situation im eigenen Land gewähren. In diesem Bereich tätige Personen werden mit einem Verurteilungssystem bekannt gemacht, welches es so nicht in Österreich gibt (vgl. Drechsler 2016), was das Reflektieren über das eigene fördert. Dadurch können Verbesserungschancen erkannt werden, auf deren Umsetzung in Zukunft hingearbeitet werden kann. Außerdem ist das Ergebnis für (deutschsprachige) Niederländer*innen interessant, die in diesem Bereich arbeiten. Auch für sie gilt die Möglichkeit des Erkennens von Verbesserungsbedarf.

2.3 TBS – Eine unbekannte Maßnahme in Österreich?

Im Forschungsprozess habe ich wahrgenommen, dass die niederländische TBS-Maßnahme auf eine Art und Weise beschrieben wird, die sie einzigartig erscheinen lässt. Trotzdem blieb ich bei der Suche nach deutschsprachiger Literatur erfolglos. Fündig wurde ich bei

englischsprachiger Literatur, jedoch waren Artikel oftmals schon veraltet, sodass wesentlich erscheinende Inhalte nicht übernommen werden konnten, da sie sich aufgrund der neuen Gesetze und Regelungen von der heutigen Zeit unterschieden. Erst durch das Hinzuziehen von niederländischer Literatur ist es gelungen, Klarheit in die Thematik zu bringen. Was mir allerdings auch bei diesen Büchern und Artikeln gefehlt hat, war die Miteinbeziehung einer Person, die den Maßnahmenvollzug erlebt hat, was dem Geschriebenen mehr Realität verleihen würde.

Mit dieser Arbeit möchte ich diese vorhandenen Lücken füllen, indem ich eine deutschsprachige Arbeit über den TBS-Maßnahmenvollzug in den Niederlanden schreibe, wofür die Erfahrungen eines ehemaligen Patienten miteinbezogen werden.

2.4 Vorannahmen

Für mich war der TBS-Maßnahmenvollzug unbekannt, weshalb ich bis zu dem Besuch in der forensischen Klinik, kein Bild davon hatte. Wovon ich ausgehe, ist, dass der TBS-Maßnahmenvollzug einer von mehreren Maßnahmenvollzügen ist und es deshalb für jeden einzelnen bestimmte Voraussetzungen geben muss. Dabei denke ich, dass zur TBS-Maßnahme verurteilte Personen eine psychische Erkrankung vorweisen müssen, da sie in eine forensische Psychiatrie eingewiesen werden. Aufgrund meiner Wahrnehmung in der Klinik glaube ich, Patient*innen müssen bereit sein an ihrer Situation zu arbeiten, um für diese Maßnahme in Frage zu kommen, beziehungsweise um die Chance auf ein Leben außerhalb der Einrichtung zu haben. Ich gehe davon aus, dass dies ein langer Prozess ist, den straffällig gewordene Personen durchmachen müssen, da sich ihr Verhalten meiner Meinung nach nicht innerhalb von kurzer Zeit ändern lässt. Außerdem stelle ich mir eine schrittweise Eingliederung in die Gesellschaft vor, da Patient*innen sich langsam an die veränderte Umwelt außerhalb der Institution gewöhnen müssen.

Was das Erleben der Klinik und deren Angebot angeht, vermute ich unterschiedliche Meinungen und Erfahrungen. Ich denke, ehemalige Patient*innen betrachten die Maßnahme positiver, da sie den Erfolg der Behandlung durch die Entlassung erlebt haben. Im Gegensatz dazu stelle ich mir vor, dass jetzigen Patient*innen eine andere Sichtweise haben, da für sie der Weg in die Freiheit noch nicht beendet ist.

3 Maßnahmenvollzug in den Niederlanden - Forschungsfrage und Methoden

Durch die Entscheidung, die Forschungsgruppe mit dem Thema „Psychiatrieopfer“ auszuwählen, war bereits festgelegt in welchem Bereich die Arbeit geschrieben wird. Wie erwähnt erfuhr ich im Rahmen einer Exkursion das erste Mal vom TBS-Maßnahmenvollzug. Dabei ist bei mir das Interesse gestiegen, zu erfahren, unter welchen Bedingungen straffällig gewordene Personen zu dieser Maßnahmen verurteilt werden können, welcher Prozess vor dem Klinikaufenthalt und währenddessen durchlaufen wird und wie sich der Weg bis zur Entlassung gestaltet. Unter anderem möchte ich hierfür die Erfahrungen eines ehemaligen Patienten einfließen lassen, um die Ergebnisse realistischer wirken zu lassen. Es hat sich folgende Forschungsfrage entwickelt:

- Wie gestaltet sich der Maßnahmenvollzug in den Niederlanden am Beispiel des TBS-Maßnahmenvollzuges?

Zur Eingrenzung der Thematik wurden folgende Detailfragen hinzugefügt:

- Unter welchen Bedingungen erfolgt die Aufnahme in eine TBS-Psychiatrie?
- Unter welchen Bedingungen erfolgt die Entlassung?
- Wie wurde die Gestaltung des TBS-Maßnahmenvollzuges von einem ehemaligen Patienten erlebt?

3.1 Methodenwahl

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage war mir die Notwendigkeit eines Interviews mit einem*einer ehemaligen Patient*in bewusst, da ich nur so das Erleben des Maßnahmenvollzuges beantworten und in die Arbeit miteinfließen lassen kann.

Bei dem Mitarbeiter, der uns durch die Klinik geführt hat, handelte es sich um einen ehemaligen Patienten. Im Gespräch erzählte er, dass er selber einmal in dieser Einrichtung behandelt wurde und jetzt als angehender Sozialarbeiter dort arbeitet. Somit kontaktierte ich den ehemaligen Patienten ein paar Wochen später und fragte nach einem Interview, welches in der darauffolgenden Woche stattfand. Trotz unterschiedlicher Muttersprache konnten wir das Interview auf Englisch führen.

3.1.1 Setting und Durchführung

Als Ort der Interviewdurchführung wurde meine niederländische Universität, die Hanze University of Applied Sciences, vom Interviewten ausgewählt. Um ungestört zu sein, habe ich dort für zwei Stunden einen Raum reservieren lassen. Zu Beginn des Interviews habe ich mich

vorgestellt und eine kurze Einführung in unser Bachelorprojekt gegeben. Nachdem ich den Ablauf des Interviews erklärt und auf die Anonymität hingewiesen habe, wurde die Einverständniserklärung, auf Grundlage der DSGVO, ausgefüllt und unterschrieben. Dadurch wurde mir erlaubt, das Interview aufzunehmen, was ich mit einer Record-Aufnahmefunktion meines Mobiltelefons gemacht habe.

Das Interview fand am 18. Dezember 2019 statt und dauerte 48 Minuten und 39 Sekunden. Zu Beginn wirkte mein Interviewpartner nervös, was sich durch Nachfragen während des Interviews und Pausen zwischen dem Gesagten gezeigt hat. Nach einigen Minuten merkte ich, dass er entspannter war, da er flüssiger und schneller sprach. Zum Abschluss des Interviews übergab ich dem Interviewten Pralinen als Dankeschön und wir verabschiedeten uns voneinander.

3.1.2 Das narrative Interview

Mit meinem Interview wollte ich erfahren, wie der ehemalige Patient die Zeit in der Psychiatrie erlebt hat. Dafür erschien mir das narrative Interview passend, da hier der Interviewte aufgefordert wird über Phasen seines Lebens zu berichten, ohne unterbrochen zu werden. Es soll ein Erzählfluss generiert werden, in dem die subjektive Wahrnehmung des Befragten zählt (vgl. Schütze 1983:284).

Ich entschied mich für folgende Einstiegsfrage:

„Please tell me about your experience in the psychiatry.“

Mithilfe dieser Frage wollte ich einen breiten Einblick in die Erlebnisse und Wahrnehmungen des ehemaligen Patienten bekommen. Schütze (1983:285) schreibt über aufeinanderfolgende Phasen in der Interviewdurchführung, die auch in meinem Interview erkennbar waren. Zu Beginn stand eine Einstiegsfrage, mit der ich den Befragten zum Erzählen eines bestimmten Lebensabschnittes aufgefordert habe. Es folgte somit die Haupterzählung, in dem er über die ihm relevant erscheinenden Erlebnisse berichtete. Nachdem der Interviewte angedeutet hat, dass er fertig berichtet hat, habe ich versucht mit Fragen den Erzählfluss erneut herzustellen. Der letzte Schritt war, den Interviewten als „Experte und Theoretiker seiner selbst“ (ebd.) Zustände und Abläufe erklären zulassen (vgl. ebd.).

Um zu garantieren, dass das Erzählte meine Forschungsfragen beantwortet, der Interviewte jedoch nicht zu stark ausschweifen würde, musste ich die Frage spezifizieren, was mir durch die Wortwahl „experience“ und dem Fokus auf „psychiatry“ gelang (vgl. Flick 1991:152).

Aufgrund der Verwendung eines Interviews und der Frage, wie die Gestaltung des Maßnahmenvollzuges wahrgenommen wurde, kann diese Arbeit auch als Fallstudie gesehen werden, die ihren Fokus auf Unterstützungsprozesse und Beziehungsgestaltung zwischen dem ehemaligen Patienten und den Professionist*innen legt (vgl. Pantuček 2006:246).

3.1.3 Auswertungsmethodik

Ich habe mich für die Systemanalyse entschieden, da sich diese für das Auswerten großer Textmengen eignet. Sie „orientiert sich an der Erschließung prozeßdynamischer Aspekte komplexer und intern hochdifferenzierter sozialer Felder“ (Froschauer / Lueger 2003:142). Das Interpretieren ermöglicht mir das Verstehen von Strukturen, Abläufen sowie Handlungen, innerhalb des untersuchten Feldes (vgl. ebd.).

Zu Beginn habe ich mir das Transkript durchgelesen und das Gesprochene in Abschnitte unterteilt, die ich Themen zugeordnet habe, wie etwa der Tagesstruktur, professionellen Helfer*innen oder dem Gefängnis. Anschließend kann von drei aufeinanderfolgenden Ebenen gesprochen werden: Paraphrasieren – Äußerungstext – hypothetische Wirkungskontext. Der erste Schritt war somit das Zusammenfassen des Textes, wodurch das Thema des Abschnittes klar wurde. Da sich der Äußerungstext in Textrahmen und lebensweltlichen Kontext unterteilt habe ich zuerst versucht Absicht und Beweggrund, die hinter der Aussage des Interviewten stehen, nachvollziehen zu können. Anschließend habe ich herausgearbeitet, wie die Lebenswelt des ehemaligen Patienten gestaltet sein könnte, sodass er zu jenen Äußerungen kommt. Ich habe überlegt, wieso die Aussage auf genau diese Weise kommuniziert wird. Da auch der hypothetische Wirkungskontext zweigeteilt ist, in Interaktionseffekte und Systemeffekte, habe ich zuerst analysiert, welches Handeln des Interviewten aufgrund des eben ermittelten lebensweltliche Kontext denkbar ist (vgl. ebd.:148-152). Anschließend war mein letzter Schritt das Betrachten der möglichen „Auswirkung auf das Zusammenspiel mit anderen AkteurInnen oder anderen Subsystemen“ (ebd.:152). Für die Auswertung habe ich mich zur Erstellung einer Tabelle entschieden, in die ich die ausgewählten Textstellen eingefügt und dann nach den beschriebenen Schritten analysiert habe.

Am Ende der Arbeit wurde die SWOT-Analyse angewendet. SWOT steht für strengths, weaknesses, opportunities and threats und ermöglicht die Darstellung des IST-Zustandes und das anschließende Erkennen des SOLL-Zustandes und mithilfe welcher Vorgehensweise dieser erreicht werden kann (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon o.A).

4 Wichtige Begriffe im niederländischen System

Da ich mich bei der Arbeit auf die Niederlande fokussiere, werden folgende Begriffe nach dem dortigen Verständnis definiert und können sich deshalb unter Umständen von dem österreichischen unterscheiden.

4.1 Maßnahmenvollzug

Menschen, die eine strafrechtlich relevante Tat begehen, können aufgrund dieser zu einer gesetzlich geregelten Maßnahme verurteilt werden. Dabei ist zu beachten, dass die Maßnahme die Funktion einer Behandlung von Personen hat und nicht als Strafe gesehen wird (vgl. Struijk / Mevis 2016:97).

In den Niederlanden gibt es verschiedene Formen des Maßnahmenvollzuges, eine davon ist der TBS-Maßnahmenvollzug, der es Richter*innen erlaubt eine Gefängnisstrafe und eine darauffolgende Behandlung anzuordnen. TBS heißt ausgeschrieben „Terbeschikkingstelling“ und bedeutet, im Zusammenhang mit dem Strafrecht, übersetzt „zur Verfügung der Regierung“. Es ist für jene Personen gedacht, die aufgrund ihrer psychischen Krankheit die Tat vollbracht haben und bei denen die Begehung einer erneuten Straftat nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. De Boer / Gerrits 2007:459). Die Voraussetzungen zur Verurteilung zu dieser Maßnahme sind im niederländischen Strafgesetzbuch geregelt (vgl. WvS Artikel 37a).

Der TBS-Maßnahmenvollzug soll zum einen die Bevölkerung schützen und zum anderen die Wiedereingliederung in die Gesellschaft ermöglichen und Verurteilte vor der Verübung weiterer Straftaten bewahren (vgl. De Boer / Gerrits 2007:459).

4.2 Straftat

„Geen feit is strafbaar dan uit kracht van een daaraan voorafgegane wettelijke strafbepaling.“ (WvS Artikel 1 (1)) Dieser Satz lässt sich auf der ersten Seite des niederländischen Strafgesetzbuches² finden. Dieser besagt, dass eine Verurteilung nur dann möglich ist, wenn die begangene Tat im Gesetz unter Strafe gestellt wird.

Im Strafgesetzbuch lässt sich keine allgemeine Definition des Begriffes „Straftat“ finden, sondern es werden verschiedene Handlungen beschrieben, die eine strafbare Verurteilung zur Folge haben und somit als Straftat bezeichnet werden können. Neben der Darstellung der Bedingungen, die erfüllt sein müssen, dass eine Tat als Straftat gesehen wird, ist in gesetzlichen Definitionen festgelegt, aus welchen Bestandteilen diese sich zusammensetzt.

² Wetboek van Strafrecht

Wird eine Person verdächtigt, eine strafbare Handlung begangen zu haben, müssen alle Merkmale dieser erörtert, zusammengefasst und bewiesen werden, bevor er*sie verurteilt werden kann (vgl. Tak 2008:67). „*Where a constituent element is missing in the charge, a discharge (ontslag van rechtsvervolging) must follow. Where the public prosecutor can not prove by evidence that the charge is matched by the facts, an acquittal (vrijspraak) must follow.*“ (ebd.) Die Bezeichnung Straftäter*in ist somit erst dann erlaubt, wenn die Person sich aufgrund einer gesetzlich definierten Handlung strafbar gemacht hat.

In den Niederlanden werden zwei Arten von Straftaten unterschieden, Verstöße und Verbrechen. Von Erstgenanntem ist dann die Rede, wenn es sich um eine geringfügige Tat handelt und von Zweitgenanntem dann, wenn von einer groben Straftat gesprochen wird. Es ist gesetzlich festgelegt welche Handlung ein Verstoß und welche ein Verbrechen darstellt. Das Strafgesetzbuch unterteilt sich in drei Kapitel: allgemeine Bestimmungen – Verstöße – Verbrechen (vgl. Judex 2020).

4.3 Psychiatrie

Die Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Medizin und beschäftigt sich mit der Prävention, Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen. Der Begriff setzt sich zusammen aus dem griechischen Wort „psyche“ und „iatros“, was übersetzt werden kann in Seele und Arzt (vgl. Gezondheidsuniversiteit o.A.). Psychiatrische Behandlung wird sowohl ambulant als auch stationär angeboten. Für junge Menschen, die noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind in den meisten Einrichtungen eigene Abteilungen vorgesehen (vgl. GGZ Nederland 2020). In den Niederlanden können Menschen bei Eigen- und Fremdgefährdung zwar gegen ihren Willen stationär in einer Psychiatrie aufgenommen werden, jedoch dürfen sie nicht zu einer Behandlung gezwungen werden (vgl. Gezondheidsuniversiteit o.A.).

Ziel der Psychiatrie ist die Linderung der, durch die psychische Erkrankung entstandenen, Leiden und die Steigerung des Wohlbefindens (vgl. ebd.).

4.4 Resozialisierung

Unter Resozialisierung wird wie bei uns die „[nach Verbüßung einer längeren Haftstrafe] schrittweise Wiedereingliederung in die Gesellschaft“ (Duden 2010:907) verstanden, welche „mit den Mitteln der Pädagogik, Medizin u. Psychotherapie“ (ebd.) umgesetzt wird. Ziel ist, der straffällig gewordenen Person ein Leben in der Gesellschaft ohne der Begehung von weiteren Delikte zu ermöglichen (vgl. De Boer / Gerrits 2007:459).

5 Das TBS-System in den Niederlanden

5.1 Einführung in den Maßnahmenvollzug³

Forensisch-psychiatrische Behandlung in den Niederlanden fällt in den Verantwortungsbereich des Ministeriums für Justiz und Sicherheit und ist eine Kombination aus Therapie und dem Schutz von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, beziehungsweise für jene, bei denen der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht (vgl. GGZ Nederland 2019). Entscheidend für die Art der Behandlung und Grundlage für die Finanzierung durch das Justiz- und Sicherheitsministerium ist der strafrechtliche Titel, der dem*der Verurteilten vom Gericht auferlegt wird. Insgesamt gibt es 28 dieser Titel, welche sich in sieben Kategorien unterteilen, wovon für diese Arbeit ausschließlich jene von Relevanz sind, die die TBS-Maßnahme beinhalten (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen o.A.).

Grundsätzlich kann im niederländischen Maßnahmenvollzug eine Unterscheidung zwischen „TBS“ und der „übrigen forensischen Versorgung“ gemacht werden. Zweitgenannte erfolgt entweder durch den stationären Aufenthalt, ambulante Betreuung oder durch eine geschützte Wohnform, bei der den Patient*innen Unterstützung auf verschiedenen Ebenen geboten wird (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:9f.).

5.2 Was macht den TBS-Maßnahmenvollzug besonders?

Die TBS-Maßnahme ermöglicht die duale Verurteilung von Straftäter*innen, bestehend aus Bestrafung und Behandlung. Zuerst wird die Strafe im Gefängnis verbüßt, wobei es darum geht, Täter*innen von der Gesellschaft abzuschirmen und Vergeltung für die begangene Tat zu üben. Dabei darf die Art der Bestrafung nicht den Schweregrad der begangenen Tat überschreiten. Mit der Maßnahme jedoch wird versucht, Täter*innen zu resozialisieren, um sie auf ein straffreies Leben vorzubereiten. Dabei spielt die Sicherheit der Bevölkerung weiterhin eine große Rolle, weshalb die Behandlung erst dann beendet wird, wenn für das Umfeld keine Gefahr mehr besteht (vgl. Struijk / Mevis 2016:97). Üblicherweise werden Verurteilte, nachdem sie zwei Drittel ihrer Haftstrafe verbüßt haben, in die TBS-Klinik überstellt. Bei jenen, deren Gefängnisstrafe ein bis zwei Jahre beträgt, geschieht dies nachdem sie ein Jahr und ein Drittel der restlichen Freiheitsstrafe verbüßt haben (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:13).

Personen, denen aufgrund der Schwere ihrer psychischen Erkrankung keine Verantwortung zugeschrieben werden kann, können von Richter*innen direkt zur Maßnahme verurteilt werden, ohne eine Gefängnisstrafe abzusitzen (vgl. Oosterhuis 2013:42).

Der TBS-Maßnahmenvollzug ist für Personen vorgesehen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

³ Linner (2020) und Titze (2020) beschreiben den Maßnahmenvollzug in Österreich.

- Der*Die Straftäter*in hat zum Zeitpunkt der Begehung der Tat an einer psychischen Erkrankung gelitten und es besteht ein Zusammenhang zwischen dieser und dem Verbrechen.
- Die Gefängnisstrafe für solch eine Tat würde mindestens vier Jahre betragen.
- Die Gefahr der Begehung einer erneuten Straftat ist aufgrund der psychischen Erkrankung hoch.
- Der*Die Täter*in kann für die begangene Tat aufgrund der psychischen Erkrankung nicht als vollständig verantwortlich bezeichnet werden (vgl. De Boer / Whyte / Maden 2007:150).

In Bezug auf die letzte Voraussetzung wird angenommen, dass jene Person durch ihre Erkrankung im Handeln eingeschränkt war, wodurch ihre Entscheidungsfreiheit beeinflusst und die Verhinderung der Straftat erschwert war. Aus diesem Grund soll von einer ausschließlichen Bestrafung abgesehen werden. Im Unterschied zu vielen anderen Ländern, wo Straffällige als vollständig verantwortlich oder nicht verantwortlich eingeordnet werden, gibt es in den Niederlanden fünf Abstufungen: vollständige Verantwortung - leicht verminderte Verantwortung - verminderte Verantwortung - stark verminderte Verantwortung - vollständig verminderte Verantwortung (vgl. Koenraadt 2010:536). Je nachdem in welchem Ausmaß die Person für die Tat verantwortlich ist, wird er*sie zu einer Haftstrafe verurteilt, während ihm*ihr für den Part, für den er*sie aufgrund der psychischen Erkrankung nicht als vollständig schuldig gesehen werden kann, die TBS-Maßnahme verhängt wird (vgl. De Boer / Gerrits 2007:459). Grundsätzlich wird ein*e Richter*in die TBS-Maßnahme dann anordnen, wenn eine verminderte Verantwortung oder starke, beziehungsweise völlige Verminderung festgestellt wurde (vgl. Koenraadt 2010:536).

5.3 Wie unterscheiden sich TBS-Maßnahmen voneinander?

Die am häufigsten verordneten TBS-Maßnahme ist jene mit Klinikauftrag (vgl. WvS Artikel 37b), welche erstmal für zwei Jahre ausgesprochen wird, jedoch danach von dem*der Richter*in um ein oder zwei Jahre verlängert werden kann, was solange möglich ist, bis der*die Täter*in resozialisiert wurden und keine Rückfallgefahr mehr besteht. Das bedeutet, diese TBS-Maßnahme kann bis zum Lebensende der Betroffenen andauern (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:9). Diese Tatsache geht auch aus dem Interview mit dem ehemaligen Patienten hervor:

„[B]ut I came in with a TBS with coercion⁴, so you don't have a uh perspective about your future because TBS with coercion can do, it can take your whole lifetime. So you never know when you go out or when you came out.“ (T25 2019:447-449)

Die Maßnahme kann allerdings auch für eine begrenzte Zeit verhängt werden, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass es sich um keine Straftat gegen die körperliche Unversehrtheit eines Anderen handelt und nur dann, wenn nicht die Gefahr einer Wiederholung dieses Verbrechens angenommen wird. Die begrenzte TBS darf eine Behandlungsdauer von vier Jahren nicht

⁴ Gemeint ist hiermit die bereits beschriebene TBS-Form, also jene mit Klinikauftrag.

überschreiten und kann ausschließlich einmal verlängert werden kann (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:9).

Außerdem gibt es die TBS mit Bedingungen (vgl. WvS Artikel 38 (1)), bei der Betroffene nicht zur stationären Behandlung innerhalb einer Klinik verpflichtet, sondern außerhalb therapiert werden. Die Einhaltung dieser Bestimmungen werden durch Bewährungshelfer*innen kontrolliert und bei Verletzung der Verpflichtungen können Richter*innen TBS mit Bedingungen zu TBS mit Klinikauftrag ändern (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:9). TBS mit Bedingungen kann in Kombination mit einer höchstens dreijährigen Gefängnisstrafe angeordnet werden (vgl. Oostvaarderskliniek o.A.).

Die unten angeführte Grafik soll die Anzahl der im Jahr 2018 angeordneten TBS-Maßnahmen verdeutlichen, wofür TBS mit Klinikauftrag noch einmal detaillierter dargestellt wurde. Insgesamt wurden 237 Straftätige zu einer TBS-Maßnahme verpflichtet, was verglichen mit 212 im vorigen Jahr, einer Zunahme entspricht (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:12-14).⁵

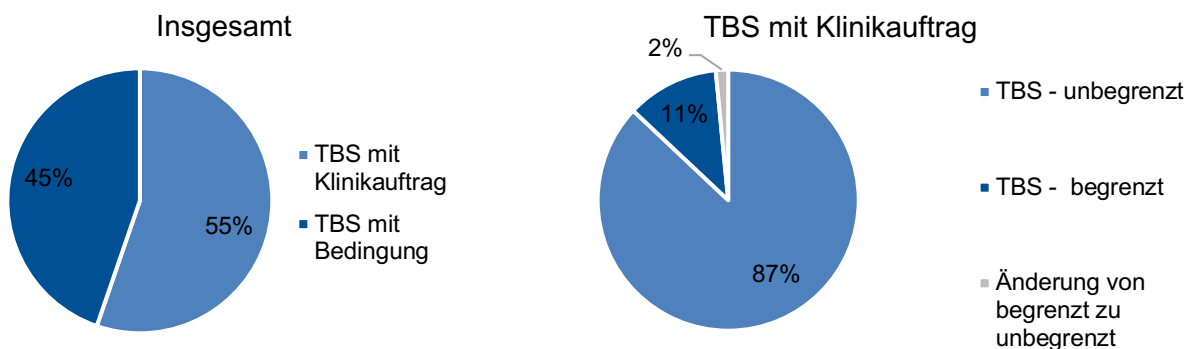


Abbildung 1: Moser (2020)

Die zuletzt bekannte durchschnittliche Behandlungsdauer einer TBS-Maßnahme lag bei 7,6 Jahren (vgl. ebd.:20).

5.3.1 Behandlung oder doch eher Bestrafung?

Was vom niederländischen Strafsystem als Behandlung gesehen wird, wird von Straffälligen in vielen Fällen als weitere Bestrafung angesehen. Kritisiert wird die Tatsache, dass TBS mit Klinikauftrag ein Leben lang andauern kann, wodurch die Hoffnung auf eine Zukunft außerhalb der Klinik sinkt. Im Unterschied dazu würden zur Gefängnisstrafe Verurteilte von Anfang an ihren Entlassungszeitpunkt wissen (vgl. Koenraadt 2010:531f.). Zusätzlich wird die Dauer der TBS-Maßnahme im Verhältnis zur Straftat kritisiert (vgl. Harte 2015:271). Es kann vorkommen,

⁵ 2018 wurden 21.400 Personen mit strafrechtlichem Titel, exklusive jenem, der die TBS-Maßnahme beinhaltet, in die forensische Versorgung aufgenommen (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:25). Die Anzahl der Personen, die im gleichen Jahr in einer Justizvollzugsanstalt inhaftiert waren betrug 8.777 (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019d).

dass Straffällige, die die Voraussetzungen für eine TBS-Maßnahme erfüllen, eine genauso hohe Gefängnisstrafe für eine Straftat erhalten, wie Verbrecher*innen, bei denen diese Bedingungen nicht zutreffen, mit dem Unterschied, dass TBS-Verurteilten danach in Behandlung müssen, während die Anderen nach Verbüßung der Strafe bedingungslos entlassen werden (vgl. Petrila / De Ruiter 2011:833). Diese Frustration seitens des ehemaligen Patienten geht aus folgendem Kommentaren hervor:

„Yeah that's why it is a little bit a difficult system, because...because for people like me it's it's, both is a punishment in the beginning.“ (T25 2019:475-476)

“So you never know when you go out or when you came out. And that's the difference with the prison. In prison you get 18 years you know okay after 16 years I'm free.” (T25 2019:448-450)

Auch hinterfragt der Interviewte den Nutzen der Behandlung von älteren Menschen, die sich bereits im letzten Lebensabschnitt befinden:

“[S]o you put them for 20 years in prison and so he's 60. What you are going to treat? There's nothing to treat anymore, so the only the only thing what you want is to keep him behind bars.” (T25 2019:503-505)

5.4 Der Report als Grundlage einer Verordnung zu TBS

Entscheidungsgrundlage für die Anordnung einer TBS-Maßnahme ist der Pro Justitia Bericht, welcher vom Gericht beim niederländischen Institut für forensische Psychiatrie, kurz NIFP, angefordert wird. Das NIFP, dessen Standorte über ganz Niederlande verteilt sind, beauftragt anschließend unabhängige Psychiater*innen oder Psycholog*innen mit Ausbildung zu Pro-Justitia-Berichterstattem (vgl. Koenraadt 2010:529). Die Unabhängigkeit ist deshalb wichtig, da sie das Partei ergreifen verhindert (vgl. ebd.:535). Da es verschiedene Möglichkeiten zur Erstellung des Berichts gibt, muss vom Gericht genau angegeben werden, welche Untersuchung stattfinden soll. Unterschieden wird zwischen einem psychologischen, einem psychiatrischen, einem psychologisch und psychiatrischen, einem dreifachen (psychologisch, psychiatrisch, sozialarbeiterisch) und einem klinischen Gutachten. Um eine TBS-Maßnahme verordnen zu können, muss die Person von zumindest zwei Expert*innen unterschiedlicher Professionen untersucht werden (vgl. ebd.).

Das Assessment kann ambulant in einer Stelle des NIFP oder der Praxis der Gutachter*innen stattfinden, jedoch auch stationär im Pieter Baan Zentrum in Almere. Während die Bewertung außerhalb der Klinik nach ein paar Terminen abgeschlossen ist, erfolgt bei der zweiten Variante eine sechswöchige stationäre Untersuchung durch ein multiprofessionelles Team. Die Ergebnisse werden mit den Klient*innen besprochen und anschließend an das NIFP gesendet, das den Report kontrolliert und eventuell Änderungsvorschläge an die Berichterstatter*innen meldet. Im letzten Schritt wird die überarbeitete Version an das Gericht übermittelt, welches dann anhand dieser entscheidet, ob eine TBS-Maßnahme verhängt werden soll oder ob ein anderes Urteil passender ist (vgl. ebd.:534; Dienst Justitiële Inrichtingen 2019b:7). Fall das Assessment dem Gericht nicht aufschlussreich erscheint, kann der Berichterstatter zur Aussage im Prozess eingeladen werden, was in der Regel aber

hauptsächlich dann geschieht, wenn eine Straftat starke Aufmerksamkeit der Medien hervorgerufen hat (vgl. Koenraadt 2010:535f.).

Betroffene können nicht zur Zusammenarbeit mit Berichterstatter*innen gezwungen werden. Aufgrund der Ungewissheit über die Dauer der TBS-Maßnahme steigt die Anzahl der Personen, die sich gegen eine Kooperation entscheidet. Das hat zur Folge, dass Untersuchte als vollständig verantwortlich eingestuft werden müssen, da die Bewertung keine ausreichenden Informationen zu einer Verminderung hergibt. Aufgrund dessen kann keine TBS-Maßnahme verordnet werden (vgl. Harte 2015:271). „*This might implicate that offenders who are a danger to society because of a psychiatric disorder return to society after serving the prison sentence without receiving any treatment.*” (ebd.)

5.5 Kapazität

TBS-Maßnahmen werden in forensisch psychiatrische Zentren (FPC) vollzogen. Ein FPC ist eine geschlossene Einrichtungen, deren Sicherheitsniveau auf der höchsten Stufe (Stufe 4) liegt. Sie ist vorwiegend für Personen vorgesehen, die nach der Gefängnisstrafe zur TBS-Maßnahme verpflichtet wurden, jedoch werden unter Umständen auch andere ehemaligen Inhaftierte in dieser Klinik untergebracht, wenn nur dort ausreichend Sicherheit und passende Behandlungsmöglichkeiten geboten werden können (vgl. GGZ Nederland 2019). Außerdem können TBS-Patient*innen auch in einer forensisch psychiatrischen Klinik (FPK) behandelt werden. Der Unterschied zu FPC's ist hier, dass das Sicherheitsniveau eine Stufe niedriger ist. Auch hierbei handelt es sich um eine geschlossene Einrichtungen (vgl. TBS Nederland 2018:2).

Derzeit gibt es sieben FPC's und neun FPK's (vgl. GGZ Nederland:2019), die zusammen eine Kapazität von knapp 1400 Betten für TBS-Patient*innen aufweisen. Im Gegensatz zu den fast 1800 Plätzen im Jahr 2014 war 2018 somit ein Rückgang zu erkennen, der durch die sinkende Aufenthaltsdauer und die seltenere Verurteilung zu einer TBS-Maßnahme begründet wurde (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:10). Laut Harte (2015:271) war die Bereitschaft zum Aussprechen einer TBS-Maßnahme durch Richter*innen deshalb geringer, weil die Dauer dieser im Verhältnis zur Straftat als zu lange betrachtet wurde.

In letzter Zeit hat die Anzahl der Anordnungen der TBS-Maßnahme mit Klinikauftrag zugenommen, weshalb Wartelisten erstellt werden mussten (vgl. GGZ Nederland 2019). Die Verurteilten bleiben so lange in Haft bis ein Platz in der TBS-Klinik frei wird (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:15).

5.6 Wie lassen sich die Patient*innen einer TBS-Klinik beschreiben?

Aufgrund der vermehrten Beendigung von TBS-Maßnahmen ist mit einer durchschnittlichen Besetzung von 1.310 Plätzen im Jahr 2018 verglichen mit 1.590 in 2014 ein Rückgang zu erkennen. Der prozentuelle Anteil an Frauen ist mit 6 % deutlich geringer als jener der Männer.

Das Durchschnittsalter liegt bei 44 Jahren. Der Großteil der Patient*innen stammt aus den Niederlanden (vgl. ebd.:16). Die folgenden Grafiken sollen ein besseres Verständnis zur Altersverteilung und Herkunft der Patient*innen liefern.

Alter der Patient*innen

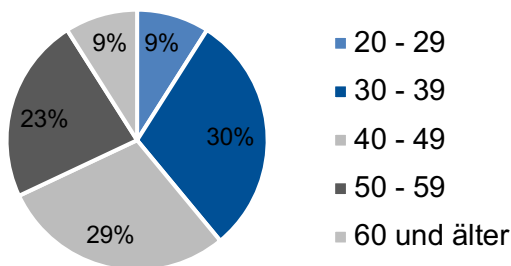


Abbildung 2: Moser (2020)

Herkunftsland

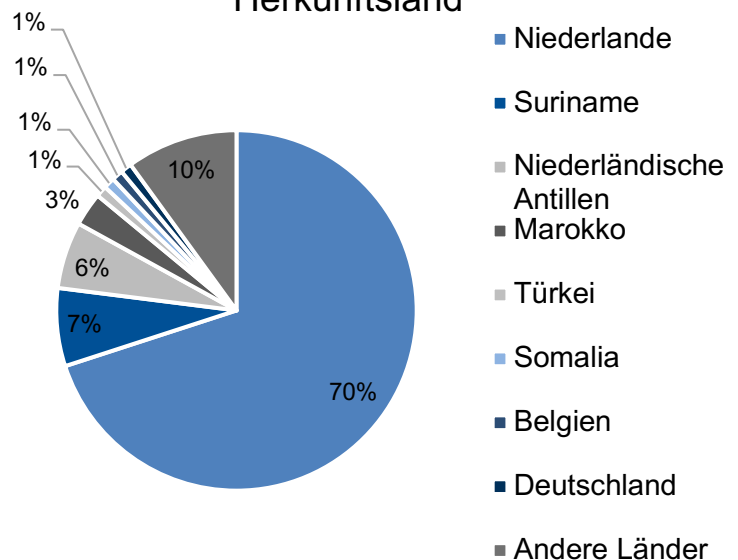


Abbildung 3: Moser (2020)

Aufgrund der steigenden Zahl an Verordnungen von TBS mit Klinikauftrag im Jahr 2018 wird kein Rückgang der Besetzung erwartet (vgl. TBS Nederland 2018:3).

5.7 Das Leben in einer TBS-Klinik

Zwischen der Zeit im Gefängnis und jener in einer TBS-Klinik lässt sich keine eindeutige Grenze ziehen, da beide Einrichtungen schon vor der Überstellung eng zusammen arbeiten. So wird etwa sechs Monate, bevor der*die straffällig gewordene Person mit der Behandlung beginnen soll, die Möglichkeit gegeben, eine Vorbehandlung in Anspruch zu nehmen. Zu diesem Programm gehört etwa die Risikobewertung, Bedürfniserfassung und die Vorbereitung auf das Leben in der Klinik. Im Rahmen dieser Vorbehandlung hat er*sie die Chance, ihren zukünftigen Wohnplatz zu besichtigen und sich ein Bild davon zu machen, womit die Angst vor der Ungewissheit und Veränderung genommen werden. Der Unterkehrswechsel soll so angenehm wie möglich gestaltet werden (vgl. De Boer / Gerrits 2007:460).

Im Interview mit dem ehemaligen Patienten wird über diesen Wechsel von Gefängnis zu Klinik gesprochen. Durch die Erzählungen von Mitinsass*innen wurden die Erwartungen gering gehalten, weshalb die neue Institution umso positiver wahrgenommen wurde. Der ehemalige Patient erzählt, dass er im ersten Moment an ein Paradies denken musste, wobei er den Grund dafür in seiner vorhergehenden Zeit in Haft sah. Im Vergleich zur Klinik wurden die Freiheiten

im Gefängnis als begrenzt betrachtet (vgl. T25 2019:10-13). Dies ist an folgendem Kommentar erkennbar:

„[E]verything you wanted to do you have to ask the guards and even eating uh if you have a low budget in prison you can't go eat in the evening so you get food from them at six o'clock, five o'clock. And if you don't have money then yeah in the night you have hungry then your problem“ (ebd.:103-105)

5.7.1 Aktivitäten

Der Alltag in der Psychiatrie soll die Patient*innen auf ein Leben außerhalb der Einrichtung vorbereiten, weshalb sie einer bezahlten Arbeit⁶ nachgehen müssen. Zu Beginn der TBS-Behandlung wird erfasst welcher Berufstätigkeit Personen vor der Verurteilung nachgegangen sind, ob es eine Ausbildung gibt, beziehungsweise welche Arbeit sie sich vorstellen können. Damit sollen Patient*innen in einem Bereich trainiert werden, in dem nach der Beendigung der Maßnahme gearbeitet werden kann. Es werden Bildungsaktivitäten und professionelle Workshops angeboten, in denen beispielsweise das Kochen, Gärtnern, Zimmern, Putzen, Töpfern, Schneiden sowie Tischlern gelernt wird. Jeder Aktivität wird in einem eigens dafür ausgerichteten Arbeitszimmer oder einer Werkstätte nachgegangen. Die zu leistende Stundenanzahl wird nach der Arbeitskapazität eines*einer Patient*in berechnet. Somit richtet sich die Bezahlung nicht nach der Arbeitszeit, sondern nach der Arbeitsfähigkeit, weshalb vorkommen kann, dass zwei Stunden Arbeit genauso hoch entlohnt werden wie die fünf Stunden Arbeit einer anderen Person. Patient*innen, die noch nicht fit genug sind, einer Arbeit in der Klinik nachzugehen, werden stattdessen an die Ergotherapeut*innen verwiesen. Schrittweise wird versucht, diese Personen an den Arbeitsalltag zu gewöhnen (vgl. M1 2019).

Neben der Arbeitsverpflichtung sollen Patient*innen die Möglichkeit haben, Freizeitaktivitäten nachzugehen. Dabei reicht das Angebot vom Training am Sportplatz bis hin zur Nutzung des Swimmingpools oder des Fitnesscenters. Gerade Sport wird als wichtig betrachtet, um das Wohlbefinden der Patient*innen und das Gemeinschaftsgefühl untereinander zu stärken. Das Ausmaß der Freiheiten richtet sich nach den Fortschritten, die eine Person in der Behandlung macht (vgl. ebd.). In der Psychiatrie gibt es Abteilungen mit höherer Sicherheitsstufe und mit niedrigerer (vgl. T25 2019:68-70).

5.7.2 Betreuung durch ein multiprofessionelles Team

Die forensische Psychiatrie der Niederlande zeichnet sich durch ein multiprofessionelles Team aus. Folgende Berufsgruppen werden in den Einrichtungen eingesetzt: Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, Krankenpfleger*innen, Sozialarbeiter*innen, Sozialtherapeut*innen, Berufsschullehrer*innen, Supervisor*innen, Sportlehrer*innen und Kreativtherapeut*innen (vgl. De Boer / Gerrits 2007:460).

⁶ Der Wochenlohn beträgt zwischen 50 und 100 Euro (vgl. De Boer / Whyte / Maden 2007:154).

„Stability, openness, flexibility, the ability to work under stress, cooperate with other disciplines and being able to maintain healthy boundaries are regarded as indispensable qualities for all disciplines to work successfully with patients with severe personality disorders.“ (ebd.)

Im forensischem Bereich werden außerdem immer häufiger Arbeiter*innen mit eigener Maßnahmen-Erfahrung („Experts by Experience“) eingesetzt⁷. Dabei handelt es sich um Personen, die in der Vergangenheit straffällig geworden sind und deshalb in einer TBS-Einrichtung behandelt worden sind. Diese Arbeiter*innen bilden eine Brücke zwischen Patient*innen und professionellen Helfer*innen, da sie aufgrund des eigenen Erlebens Verhaltensmuster nachvollziehen und den Kolleg*innen verständlich machen können. Neben der professionellen Sichtweise nehmen sie auch die Perspektive der Patient*innen ein. In Gesprächen mit erfahrenen Mitarbeiter*innen fühlen sich die Behandelten verstanden, was auch aus folgendem Kommentar hervorgeht (vgl. T25 2019:534-537; 559-560):

„[S]ometimes when a colleague says something to them they don't believe it. [...] I say the same thing, but in my own words and they say okay uh mostly because I went through the program [...] I know how to feel when I cannot go outside.“ (ebd.:546-553)

5.7.3 Klinische Behandlung

Grundlage einer Behandlung innerhalb einer psychiatrischen Klinik ist die Diagnose des*der Patient*in, weshalb diese im Pro-Justitia Bericht beschriebene genau betrachtet und eventuell spezifiziert wird. Die Beziehung zwischen der Straftat und der psychischen Krankheit wird erneut herausgearbeitet, was als Kriminalitätsanalyse bezeichnet wird. Dabei werden auch, die Straftat begünstigende, äußere Umstände, wie beispielsweise familiäres Umfeld, Freunde, Arbeit sowie finanzielle Sicherheit miteinbezogen. Die Informationen werden durch Akte, Interviews, Beobachtungen, psychologische und physiologische Untersuchungen generiert. Dabei liegt der Fokus von Beginn an darauf, den*die Patient*in zur Behandlung zu motivieren, indem mit ihm*ihr über die Therapie und den gewünschten Verlauf geredet wird, um so ein passendes Programm für ihn*sie zusammenzustellen. Situationen, die delinquentes Verhalten hervorrufen, müssen erkannt werden, um die Behandlung danach auszurichten und zeitgerecht einschreiten zu können. Die Art der Behandlung orientiert sich an den Ergebnissen der gemeinsamen Gespräche und der Diagnose jener psychischen Erkrankung, unter der der*die Patient*in leidet (vgl. GGZ Drenthe o. A.). Es werden folgende Programme unterschieden: Behandlung von Personen mit einer Persönlichkeitsstörung – Behandlung von Personen mit Psychoseerfahrung – Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung – Behandlung von Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung – Behandlung von Sexualstraftäter*innen (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019c). Nachdem die passende Behandlung gefunden wurde, wird diese im Betreuungsplan festgelegt, bevor mit der Therapie gestartet wird (vgl. GGZ Drenthe o. A.). Ebenso bekommen Patient*innen einen*eine Koordinator*in⁸ als Ansprechperson, der*die sich mit ihren Anliegen auseinandersetzt (vgl. T25 2019:243). Grundsätzlich beinhalten alle TBS-Programme folgendes:

⁷ Videmšek (2017) hat sich in ihrem Artikel „Expert by experience research as grounding for social work education“ mit dieser Thematik befasst und die Vorteile, die sich aufgrund des Einsatzes von Professionist*innen mit Eigenerfahrung ergibt, erforscht.

⁸ Vergleichbar mit einem*einer Case Manager*in (vgl. dgcc 2017).

„[S]tructured, systematic, multidisciplinary risk assessment, with special emphasis on historical, clinical, and criminogenic factors in the patient and the patient's environment“ (De Boer / Whyte / Maden 2007:153)

„[A] comprehensive psychiatric, psychological, and physical assessment couched in terms of strengths and weaknesses“ (ebd.)

„[A] multidisciplinary approach to risk management aimed at reducing potential risk factors while developing protective factors.“ (ebd.)

Der Fokus jeder Behandlung liegt auf dem Verhalten der Patient*innen, welches in verschiedenen Beratungssettings thematisiert wird.

In der Gruppentherapie, bestehend aus zwölf Teilnehmer*innen plus Sozialarbeiter*in und/oder Psycholog*in, werden Patient*innen motiviert, über ihre Emotionen und Gedanken zu sprechen. Da das Sprechen vor fremden Personen nach dem Wechsel von Gefängnis zu Klinik herausfordernd sein kann, beschränkt sich die Aufgabe der neu Angekommenen auf das Zuhören. Erst in der zweiten Sitzung werden sie gebeten, Einblicke in das eigene Leben zu gewähren. Das Ziel der Gruppentherapie ist, den Teilnehmer*innen Raum für Input zu geben und über eingebrachte Themen zu diskutieren. Sie sollen angeregt werden, ihre Handlungen zu hinterfragen. Dabei halten sich die professionellen Helfer*innen im Hintergrund, da die Ideen und Äußerungen der Patient*innen im Vordergrund stehen sollen. Außerdem ist in diesem gemeinsamen Setting Platz, um vorherrschende Probleme zwischen Gruppenmitgliedern, die vorangehend dem*der Sozialarbeiter*in im Einzelgespräch mitgeteilt wurden, einzubringen. Damit soll die gemeinschaftliche Lösungsfindung und Konfliktbewältigung gefördert werden (vgl. T25 2019:14-17; 39; 222; 227-228; 386-389).

Zusätzlich gibt es eine weitere Therapieform, die „Deliktszenario“-Gruppe, bestehend aus sechs Teilnehmer*innen plus einem*einer Psycholog*in und den Koordinator*innen der Anwesenden. Diese Gespräche finden wöchentlich statt und müssen drei Monate lang besucht werden. Der Fokus dieser Therapie liegt auf der begangenen Straftat jedes*jeder Einzelnen. Zu Beginn werden Teilnehmer*innen aufgefordert, ihre Lebensgeschichte zu teilen. Anschließend können die anderen Gruppenmitglieder Fragen stellen. Nachdem die Anwesenden den*die Sprechende*n kennenlernen konnten, soll dieser*diese über sein*ihr Delikt reden. Dabei soll nicht nur der Tatzeitpunkt thematisiert werden, sondern auch die sechs Stunden davor und danach. Nachdem die Person zu Ende erzählt hat, haben die Anderen erneut die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Das Ziel dieser Therapieform ist, den*die Erzählende zum Reflektieren anzuregen. Er*Sie soll versuchen, den Auslöser der Straftat zu verstehen, in welchem Kontext diese stattfand und durch welche Motivation er*sie getrieben wurde. Thematisiert werden seine*ihre Handlungsmuster, Empathiefähigkeit und der Umgang mit Ärger, Frustration und Stress. Eine Regel lautet, dass Themen, die in dieser Gruppe besprochen wurden den Raum nicht verlassen dürfen. Teilnehmer*innen werden gebeten, mit aufkommenden Fragen bis zum nächsten Setting zu warten (vgl. De Boer / Whyte / Maden 2007:153; T25 2019:398-414).

Neben den Gruppensettings finden auch Therapien im Einzelsetting statt, beispielsweise mit Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, psychomotorischen Therapeut*innen oder dem*der Koordinator*in der Behandlung (vgl. T25 2019:243; 362-363).

Zwang soll in einer TBS-Psychiatrie vermieden werden. Viel eher sollen die Patient*innen motiviert werden, das Angebot aus eigenem Interesse in Anspruch zu nehmen. Der Behandlungsverlauf liegt dadurch im Verantwortungsbereich jedes*jeder Einzelnen (vgl. De Boer / Gerrits 2007:459; T25 2019:240-243; 254-257).

5.7.3.1 Wahrnehmung der Behandlung durch ehemaligen Patienten

Für den Interviewten waren die Behandlungsformen anfangs ungewohnt, da für ihn das Reflektieren des eigenen Verhaltens neu war (vgl. ebd.:16-18). Aus diesem Grund war die ursprüngliche Bereitschaft zur Annahme des Angebots beschränkt (vgl. ebd.:238). Vor allem der Nutzen der Gruppensettings, in denen die Patient*innen sich untereinander unterstützen sollten, wurden bezweifelt. Dies geht aus folgender Aussage hervor:

„[I]n the beginning I was thinking ,what guy? how can you help me? you have problems with your own.’ so and I was not really talking about myself.” (ebd.:229-230)

Im Rückblick berichtet er, dass gerade diese Therapien wesentlich zur Resozialisierung beigetragen haben. Durch die Erzählungen der anderen Personen wurde erkannt, dass er nicht der Einzige ist, der Einsamkeit und Leere verspürt (vgl. ebd.:338-341), was durch folgende Äußerung unterstrichen wird:

„[T]here were uh guys from my group um I saw them as yeah I looked up to them, because big mouth always this always that and suddenly doing a therapy he said uh yeah sometimes I feel lonely. And the moment he said that I said oh that's funny, because [...] I have that too, but uh I thought I was the only one.” (ebd.:342-345)

Folglich begannen die Patient*innen mit dem gegenseitigen Austausch über Gefühle und deren Auswirkung auf ihr Leben, womit das Gemeinschaftsgefühl gestärkt wurde. Dadurch hat der Interviewte erkannt, dass der Verlauf der Behandlung und seine Zukunft von seinem Willen abhängt (vgl. ebd.:345-349).

Grundsätzlich beschreibt der Interviewte das Verhalten und die Arbeit des Teams als professionell, auch wenn er dies zur Anfangszeit seiner Behandlung anders betrachtet hat. Damals sah er keinen Sinn im Erfahrungsaustausch mit anderen Patient*innen, weshalb er sich von den Professionist*innen zu etwas gezwungen gefühlt hat, was aus seiner Sicht keine positive Auswirkung auf seine Entwicklung hat. Im Nachhinein jedoch sieht er, dass dieses Ermutigen zum Reden notwendig war, um Fortschritte zu machen (vgl. ebd.:17-19; 238-239; 262-264; 321-326). Von Anfang an positiv empfand er die Art der professionellen Helfer*innen, mit der mit Patient*innen kommuniziert wurde, was an folgender Aussage erkennbar ist:

„[I]t was not all therapist and patient, but sometimes uh we were on a group and there were a couple of workers, you can also uh spar with them and make jokes and that makes the uh makes the work for uh..your treatment is better.” (ebd.:304-307)

Unter anderem erzählt der ehemalige Patient, er bevorzugte die Gespräche mit seinem*seiner Psycholog*in gegenüber jenen mit anderen Professionist*innen, da er bei diesem*dieser das

Gefühl hatte, dass Gesprächsinhalte wegen seiner*ihrer Verschwiegenheitspflicht sicherer aufgehoben waren. Andere professionelle Helfer*innen hingegen nutzten, allerdings nachdem sie dies dem Befragten angekündigt haben, das ihnen Erzählte für ein Gruppengespräch. Dies war jedoch nur bei Inhalten der Fall, die für die anderen Teilnehmer*innen von Relevanz sein hätten können, beispielsweise wenn es um Unsicherheit, Ängste oder Konflikte ging (vgl. ebd.:367-389).

5.7.4 Tagesstruktur

Die Tage in einer Klinik sind strukturiert und gleichen dem Alltag einer außerhalb der Institution lebenden berufstätigen Person. Dadurch wird auf ein unbeaufsichtigtes Leben innerhalb der Gesellschaft vorbereitet (vgl. M1 2019). In der Klinik des Interviewten werden die Patient*innen um 7:30 Uhr geweckt und haben anschließend eine halbe Stunde Zeit, um der Körperhygiene nachzugehen, bevor sie beim Frühstück erwartet werden. Danach wird in der Gruppe über Vorfälle des vorherigen Abends, über Anliegen und das anstehende Programm geredet. Dadurch sollen die Patient*innen auf den Tag und bevorstehende Herausforderungen vorbereitet werden. Zwischen 8:45 Uhr und 10 Uhr ist Zeit für Arbeiten, Gruppentherapie oder Einzeltherapie, gefolgt von einer Kaffeerrunde, bei der die Patient*innen erneut über ihr Befinden reden können. Anschließend können weitere Therapien bis zur Mittagspause um 12:30 Uhr in Anspruch genommen werden. Danach ist der Ablauf ähnlich wie am Vormittag mit Zeit für Gespräche bei Therapeut*innen und Arbeiten, gefolgt von einer zweiten Kaffeerrunde und dem Abendessen um 18:00 Uhr. Zum Abschluss des Tages gibt es ein letztes Gruppensetting, in dem Patient*innen über Vorfälle des Tages, Belastungen, Probleme und den damit verbundenen Gefühlen reden können. Dadurch sollen sie mit ihren Emotionen nicht alleine gelassen werden. Die Gruppengespräche waren verpflichtend und pünktliches Erscheinen war Voraussetzung (vgl. T25 2019:192-199; 203-209). In Ausnahmefällen ist es den Patient*innen erlaubt, von den Settings fernzubleiben, beispielsweise aufgrund von Krankheit (vgl. ebd.:215-217).

Für die Patient*innen gilt eine fünftägige Arbeitswoche, weshalb am Wochenende nur vereinzelte Termine, wie die Kaffeerrunden, Frühstück, Mittag- und Abendessen verpflichtend sind (vgl. ebd.:269-270; 274; 278-279).

Der ehemalige Patient beschreibt, dass er in seiner Vergangenheit nicht über seine Gefühle gesprochen hat, weshalb sich diese aufgestaut und in aggressivem Verhalten widergegeben haben. Innerhalb der Klinik war er indirekt zur Auseinandersetzung mit der eigenen Person gezwungen (vgl. ebd.:27-31). Das dichte Programm wurde von ihm als anstrengend, aber auch positiv erlebt. Herausfordernd war es dann, wenn eine Therapiestunde emotional belastend war und danach ein weiterer Termin bevorstand, jedoch die eigene Kraft aufgebraucht war. Positiv war es für ihn deshalb, weil er diese Verarbeitung benötigt hat, um seine Gefühle nicht auf eine Art abzubauen, die ihm oder anderen schaden könnte (vgl. ebd.:283-292).

5.7.5 Die Rolle des sozialen Umfelds

Das soziale Netzwerk, insbesondere das familiäre, spielt eine Rolle bei der Behandlung in der Psychiatrie und trägt zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft bei. Deshalb wird von Mitarbeiter*innen versucht, dieses bestmöglich miteinzubeziehen. Nicht nur Patient*innen wird eine Ansprechperson zugeteilt, sondern auch den Familienmitgliedern. Bei Fragen können diese sich an den*die jeweilige*n Mitarbeiter*in wenden und im Bedarfsfall erfolgt die Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder Selbsthilfegruppen. Ziel ist die Stärkung des Sicherheitsnetzes der Patient*innen (vgl. Van der Hoeven Kliniek 2020a).

In der Klinik sind sowohl Besuche als auch Anrufe zu geregelten Zeiten erlaubt. Je nachdem, welche Behandlungsfortschritte Patient*innen gezeigt haben, darf entweder Besuch mit oder ohne Beaufsichtigung stattfinden. Bei Erstgenanntem befindet sich eine Aufsichtsperson in unmittelbarer Nähe. Beim unbeaufsichtigten Besuch findet dieser zwar in der Einrichtung statt, jedoch ohne Überwachung durch Mitarbeiter*innen. Lebt der*die Patient*in aufgrund seiner*ihrer Behandlungsfortschritte bereits in einer eigenen Wohnung oder in einem betreuten Wohnkomplex, kann er*sie auch dort, unter Absprache mit der Klinik, Besuch empfangen (vgl. Van der Hoeven Kliniek 2020b).

5.7.6 Sicherheit

FPC's und FPK's sind geschlossene Einrichtungen für straffällig gewordene Personen, weshalb die Anlage auch dementsprechend gesichert sein muss (vgl. TBS Nederland 2018:2). Beim Besuch der Klinik in Assen musste ich durch eine Sicherheitsschleuse, um in den Empfangsraum zu gelangen. Dort wurde mein Reisepass kontrolliert und ich wurde aufgefordert, Flüssigkeiten, metallische und spitze Gegenstände und elektronische Geräte in einem Spind zu versperren. Ähnlich wie am Flughafen wurde mein Rucksack anschließend durch einen Gepäckscanner geschoben und ich musste durch einen Körperscanner gehen. Alle Türen waren versperrt und ausschließlich mit dem Schlüssel der Mitarbeiter*innen zu öffnen. Im Hof fiel mir auf, dass sich vereinzelt Personen frei bewegen konnten. Der Grund dafür war, dass in der Klinik zwei Sicherheitsstufen für Patient*innen existieren. Jene, die bereits Fortschritte in ihrer Behandlung gemacht haben, und keine Eigen- oder Fremdgefährdung darstellen, genießen mehr Freiheiten als andere (vgl. B1 2019).

5.8 Ziel der Behandlung

Nutzer*innen einer TBS-Maßnahme nehmen eine aktive Rolle in ihrem Behandlungsprozess ein. Das heißt, dass der erfolgreiche Verlauf, die Resozialisierung, nicht alleine in den Händen der professionellen Helfer*innen liegt, sondern der*die Patient*in soll Verantwortung dafür übernehmen, indem Therapieangebote freiwillig wahrgenommen werden. Als oberstes Ziel der Klinik kann die Sicherheit der Gesellschaft gesehen werden. Erst dann, wenn Bereitschaft und Motivation der Nutzer*innen vorhanden ist, wird der Fokus auf die Resozialisierung gelegt (vgl. De Boer / Gerrits 2007:459).

Wird das Therapieangebot angenommen, gilt für professionelle Helfer*innen, Möglichkeiten und Grenzen der Patient*innen auszutesten und abzuschätzen, wieviel Herausforderung akzeptabel und fördernd ist (vgl. De Boer / Whyte / Maden 2007:153). Dieses Herausfordern geht aus folgender Aussage hervor:

„[I]f you tell you are insecure um or you have a problem with someone and you told them⁹, in the evening they're gonna sit and they say ,hey you want to say something to somebody?'. So they, they force you to get in a situation, but you don't want.“ (T25 2019:386-389)

5.9 Der schrittweise Weg in die Freiheit

Die TBS-Maßnahme wird solange von Richter*innen verlängert, bis keine Gefahr mehr von der Person ausgeht. Nach zwei Jahren berät ein multiprofessionelles Team der Klinik das Gericht über die Fortschritte im Behandlungsprozess. Dieses kann erneut, falls erforderlich, die Maßnahme um ein bis zwei Jahre verlängern. Am Ende dieser Zeit erfolgt das gleiche Prozedere (vgl. De Boer / Gerrits 2007:459). Bei jeder Entscheidung des Gerichts kann der*die Patient*in Berufung einlegen (vgl. T25 2019:170-171).

Die Erlaubnis, die Klinik zu verlassen, stellt einen wesentlichen Beitrag zur Vorbereitung auf ein Leben außerhalb der Einrichtung dar. Patient*innen sollen die erlernten Fähigkeiten im neuen Umfeld umsetzen. Vom Start der Behandlung bis zur Entlassung wird ein vierstufiges Verfahren durchlaufen: der begleitete Ausgang - der unbegleitete Ausgang - die teilweise Entlassung - die Entlassung auf Probe. Die Klinik darf nur verlassen werden, wenn dadurch nicht die Sicherheit der Gesellschaft gefährdet ist. (vgl. TBS Nederland 2018:4).

Beim begleiteten Ausgang, der nach ungefähr zwei Jahren erlaubt wird, wird dem*der Patient*in erlaubt, die Klinik in Begleitung eines*einer Wachmanns*Wachfrau kurzzeitig zu verlassen (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019c), beispielsweise für Spaziergänge oder Einkäufe (vgl. Harte 2015:270). Wenn es die Sicherheit erlaubt, übernimmt ein*e Mitarbeiter*in der Klinik diese Aufgabe (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019c).

Verläuft dieser Ausgang gut, wird dem*der Patient*in erlaubt, sich ohne Begleitperson außerhalb der Klinik aufzuhalten. Dafür werden Vereinbarungen zwischen Einrichtung und der betroffenen Person getroffen, deren Einhaltung kontrolliert wird. Die Zeit außerhalb der Psychiatrie soll genutzt werden, um Aktivitäten weiterzuführen, die zuvor innerhalb der Einrichtung erledigt wurden, wie etwa Arbeiten oder Sport (vgl. ebd.). Sowohl beim begleiteten als auch beim unbegleiteten Ausgang wohnt die Person weiterhin in der Klinik und verlässt diese nur zeitweise (vgl. TBS Nederland 2018:4).

Im nächsten Schritt kommt es zur teilweisen Entlassung, bei der Patient*innen selbstständig wohnen oder in einer Einrichtung des geschützten oder betreuten Wohnens untergebracht

⁹ Professionelle Helfer*innen

werden. Die Klinik ist weiterhin für die Beaufsichtigung und Kontrolle der getroffenen Vereinbarungen verantwortlich (Dienst Justitiële Inrichtingen 2019c).

Die letzte Stufe ist schließlich die Entlassung auf Probe, bei der Patient*innen eigenständig wohnen. Die Klinik ist weiterhin für sie verantwortlich, jedoch übernimmt ein*e Bewährungshelfer*in die Überwachung der Vereinbarungen (vgl. ebd.).

Alle Anträge auf Lockerung der Freiheitsbeschränkung oder Veränderung von bereits bestehender Ausgangserlaubnissen müssen beim AVT¹⁰ gestellt werden, dem Beirat, der zur Überprüfung dieser Anfragen zuständig ist. Dieser arbeitet unabhängig von der Klinik. Zur Überprüfung gehört die Risikoeinschätzung unter Hinzuziehung von Sachverständigen, die interne Beratung und die anschließende Abgabe einer Stellungnahme an den Justizminister, der die endgültige Entscheidung trifft. Folgende Punkte werden für die Bearbeitung der Anträge beachtet: Delikt, Diagnose, Kriminalitätsanalyse, Behandlungsplan und darin beschriebene Lockerung der Freiheitsbeschränkung, Risikoanalyse und Risikomanagement. Die Sicherheit der Gesellschaft steht bei der Meinungsbildung an oberster Stelle (vgl. Adviescollege Verloftoetsing TBS o.A.a). Scheint der Antrag ungerechtfertigt, muss dies an den Minister gemeldet werden, welcher dann verpflichtet ist, diesen Antrag abzulehnen. Unter Angabe von Gründen kann er dies auch tun, wenn das AVT positive Rückmeldung abgegeben hat (vgl. Adviescollege Verloftoetsing TBS o.A.b). Falls notwendig, kann das AVT eine zweite Meinung einholen, indem es Expert*innen des NIFP zur Überprüfung des Antrags und/oder der Behandlungspolitik in der Einrichtung beauftragt (vgl. Adviescollege Verloftoetsing TBS o.A.a). Genehmigungen gelten für ein Jahr und müssen danach erneut angefragt und überprüft werden (vgl. GGZ Nederland 2019).

Die Entscheidung über die Lockerung von Beschränkungen setzt die Miteinbeziehung eines multiprofessionellen Teams voraus. Vereinbarungen, die zwischen Klinik und Patient*in getroffen werden, müssen in allen vier Ausgangsmöglichkeiten eingehalten und durch die Klinik oder den*die Bewährungshelfer*in überprüft werden. Hält sich die Person nicht daran, wird die Erlaubnis zurückgezogen (vgl. TBS Nederland 2018:4).

Im Jahr 2018 wurden 819 Lockerungen der Freiheitsbeschränkung registriert, wovon 29% den begleiteten Ausgang ausmachten, 26% den unbegleiteten und 45% die teilweise Entlassung (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:18). Die Entlassung auf Probe wurde eigens angegeben und im gleichen Jahr 92 mal ausgewiesen (vgl. ebd.:21).

Halten sich Patient*innen an die Vereinbarungen, die für die Entlassung auf Probe getroffen wurden, kann über eine endgültige Entlassung nachgedacht werden. Richter*innen werden hierfür von Expert*innen über den Erfolg der Behandlung beraten. Kommen diese zu dem Ergebnis, dass die Resozialisierung gelungen ist, und der*die Patient*in keine Gefahr für die Gesellschaft darstellt, kann die TBS-Maßnahme unter Bedingungen beendet werden. Frühestens nach einem Jahr und spätestens nach neun Jahren müssen Patient*innen vollständig

¹⁰ Adviescollege Verloftoetsing TBS

entlassen werden, unter der Voraussetzung, dass die Vereinbarungen nicht gebrochen wurden (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019c; WvS § 38j (2)).

5.9.1 Langfristige Betreuung für Patient*innen ohne Fortschritt

Patient*innen, die innerhalb von sechs Jahren keinen Fortschritt in der Behandlung zeigen und deren Rückfallrisiko sich nicht vermindert hat, werden in sogenannte „long-stay“ TBS-Abteilungen (LFPZ¹¹) überstellt. Hier liegt der Fokus nicht mehr auf der Resozialisierung, sondern auf der psychischen und physischen Stabilisation. Versucht wird, trotz der Umstände ein qualitätsvolles Leben bieten zu können (vgl. De Boer / Gerrits 2007:460).

Voraussetzung für die Überstellung ist, dass der*die Patient*in in zwei Kliniken behandelt wurde und beide zu dem Entschluss gekommen sind, dass kein Fortschritt erkennbar und die Gefahr eines Rückfalls zu hoch ist. Außerdem muss ein unabhängiger Ausschuss von Psychiater*inne und Psycholog*innen zu dem gleichen Ergebnis kommen (vgl. ebd.).

Im Jahr 2018 befanden sich 103 Personen¹² in einer long-stay Abteilung (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:19).

5.10 Rückfallrate

Die Rückfallrate ist essentiell, um den Erfolg der Resozialisierung und somit den der Maßnahme zu bestimmen. Das Justizministerium misst seit 1974 die Rückfallquote von aus dem TBS-Maßnahmenvollzug entlassenen Patient*innen. Dabei werden nur jene Straftaten berücksichtigt, die aufgrund ihrer Schwere erneut zu einer TBS-Maßnahme führen könnten (vgl. Petrila / De Ruiter 2011:836). Gemessen wird die Rate in fünfjahres-Kohorten (vgl. Dienst Justitiële Inrichtingen 2019a:28).

Bei den ehemaligen Patient*innen, die zwischen 2010 und 2014 aus der TBS-Maßnahme mit Klinikauftrag entlassen wurden, betrug die Rückfallrate innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Beendigung der Maßnahme 8,4% (vgl. ebd.:28). Bei TBS mit Bedingungen betrug sie 14,2% (vgl. ebd.:29).

Verglichen mit jener Gruppe, die von 2000 bis 2004 die Maßnahme beendet hat, hat sich die Rückfallquote sowohl bei TBS mit Klinikauftrag (damals 11,6%) als auch bei TBS mit Bedingungen (damals 17,7%) verringert. In den letzten Jahren schwankt die Rate bei Erstgenanntem dennoch zwischen 9,5% und 7,4%. Die Quote bei TBS mit Bedingungen ist in den letzten Jahren erneut angestiegen (vgl. ebd.:28f.).

¹¹ Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg

¹² Entspricht etwa 8% aller Personen, die sich im TBS-Maßnahmenvollzug befinden.

6 TBS-Maßnahmenvollzug - Resümee und Forschungsausblick

Mithilfe der SWOT-Analyse werden die Ergebnisse dieser Arbeit in vier Bereiche aufgeteilt: strengths, weaknesses, opportunities und threats. Dadurch wird ein Überblick über den Ist-Zustand gegeben, anhand dessen der Soll-Zustand ermittelt werden kann.

6.1 Stärken des TBS-Maßnahmenvollzuges

Eine Stärke im TBS-Maßnahmenvollzug ist der vermehrte Einsatz von Mitarbeiter*innen, die aufgrund ihrer eigenen Erfahrung als Patient*in einen besseren Zugang zu den Personen in der Klinik haben. Aufgrund des Erlebens ähnlicher Behandlungsschritte wird den professionellen Helfer*innen mehr Glaubwürdigkeit geschenkt und es kommt schneller zum Vertrauensaufbau, wodurch die Bereitschaft der Annahme des Therapieangebots steigt. Zudem bilden Mitarbeiter*innen mit Eigenerfahrung eine Brücke zwischen Patient*innen und Professionist*innen. Sie können aufgrund der Erfahrung Verhaltensweisen besser deuten und ihren Kolleg*innen verständlich machen.

Auch der Fokus auf Multiprofessionalität im TBS-Maßnahmenvollzug wird als Stärke gesehen, da die Kooperation verschiedener Berufsgruppen für die qualitätsvolle Behandlung von Patient*innen notwendig ist.

Für Gerechtigkeit im gesamten Prozess sorgt die Einbeziehung von unabhängigen professionellen Helfer*innen, die sowohl vor der TBS-Maßnahme eine Bewertung in Form des Pro-Justitia Berichtes abgeben müssen, als auch bei der Überprüfung der Urlaubsanträge.

Wird die jüngste Rückfallrate von TBS-Patient*innen betrachtet, die niedriger als zu Beginn des 21. Jahrhundert war, kann eine weitere Stärke in der Umsetzung des Behandlungsprogrammes und der erfolgreichen Wiedereingliederung in die Gesellschaft gesehen werden, welche sich durch den niedrigen Prozentsatz an Rückfällen erkennen lässt.

Außerdem finden im Maßnahmenvollzug Gruppentherapien statt, die zur Resozialisierung von Patient*innen beitragen. Durch das Erkennen gleicher Gefühle entsteht die Bereitschaft, sich darüber auszutauschen, wodurch das Gemeinschaftsgefühl gestärkt wird.

6.2 Schwächen der TBS-Maßnahmen

Eine Schwäche ist die Notwendigkeit der long-stay Abteilungen, die für jene Patient*innen gedacht sind, die innerhalb von sechs Jahren keine Fortschritte in der Behandlung zeigen. Den Betroffenen soll zwar eine Lebensqualität geboten werden, jedoch gibt es hier keinen Fokus mehr auf Behandlung.

Verringertes Vertrauen in professionelle Helfer*innen, die Patient*innen in Gruppengesprächen mit Themen konfrontieren, die im Eins-zu-Eins-Setting besprochen wurden, ist ebenfalls eine Schwäche dieses Systems. Zwar wird diese Vorgehensweise damit begründet, zu versuchen, Betroffene herauszufordern, sich ihren Ängsten und Problemen zu stellen, jedoch führt dies zur verminderten Bereitschaft in Beratungen, über sensible Themen zu erzählen.

Der Einsatz von Zwang im TBS-Maßnahmenvollzug wird vermieden und die Eigenverantwortung der Betroffenen, über Fortschritte und Entlassung aus der Klinik, wird betont. Aus Sicht der Patient*innen kann dies allerdings zum Zeitpunkt der Behandlung nicht als Eigenverantwortung bezeichnet werden, da die Betroffenen, wie auch im Interview deutlich wurde, diese Teilnahme an Gesprächen als verpflichtend wahrnehmen, bei der Inhalte der eigenen Vergangenheit und Straftat geteilt werden müssen.

6.3 Chancen

Eine Chance besteht im vermehrten Einsatz von Mitarbeiter*innen, die Erfahrung als Patient*innen einer TBS-Klinik mitbringen. Diese Personen können ihre Kolleg*innen über Verhaltensweisen und den dahinterstehenden Gefühlen und Gedanken aufklären, wodurch diese besser auf Handlungen reagieren können.

Eine weitere Chance ist das umfangreiche Assessment, welches bei der Klinik-Aufnahme gemacht wird, da es das frühzeitige Erkennen von Ressourcen und Risiken ermöglicht. Dadurch können professionelle Helfer*innen im Bedarfsfall schneller reagieren.

Für Patient*innen besteht eine Chance in der Übernahme von Verantwortung für ihren Behandlungsprozess. Sie können an berufsbildenden Workshops in der Klinik teilnehmen, die sie auf ein Leben außerhalb der Einrichtung vorbereiten. Außerdem haben sie durch das Angebot an Freizeitaktivitäten die Chance, Hobbys zu entwickeln, die sie von dem Arbeiten und den Therapien ablenken.

Außerdem ist die Tatsache, dass Entscheidungsstrukturen bis zum Minister hinauf festgelegt sind, genauso eine Chance, wie die Möglichkeit für Patient*innen in Berufung zu gehen.

6.4 Risiken

Ein Risiko stellt die Ungewissheit der Dauer des Maßnahmenvollzuges für die Betroffenen dar. Da die Dauer im Verhältnis zur Straftat häufig als zu hoch gesehen wird, entscheiden sich manche Richter*innen gegen die Anordnung dieser Maßnahme. Auch straffällig gewordene Personen verweigern die Zusammenarbeit mit Pro Justitia Berichterstatter*innen, um eine ausschließliche Verurteilung zur Gefängnisstrafe zu bewirken. Durch die hier von Anfang an bekannte Dauer der Haft haben Inhaftierte Zukunftsaussichten, die sie so im Maßnahmenvollzug nicht haben. Das bedeutet allerdings, dass Personen, die eine

Behandlung benötigen würden, diese nicht bekommen, wenn aufgrund der Mängel im Bericht keine TBS-Verurteilung möglich ist.

In den letzten Jahren hat die Besetzung der Plätze in TBS-Psychiatrien abgenommen, weshalb die Kapazität verringert werden konnte. Ein Risiko kann in der erneut ansteigenden Anzahl von Anordnungen einer TBS-Maßnahme mit Klinikauftrag gesehen werden, was bereits zur Erstellung von Wartelisten geführt hat. Der Wechsel von Gefängnis zu Psychiatrie erfolgt erst dann, wenn ein Platz für Betroffene frei wird, weshalb sich der Start der Behandlung verzögert.

Ein Risiko für Mitarbeiter*innen ist das Austesten von Grenzen der Patient*innen. Es kann dazu führen, dass diese die Herausforderung annehmen und einen Nutzen daraus ziehen, so wie es beispielsweise im Interview beschrieben worden ist: der Interviewte konnte durch das Sprechen über seine Gefühle Gemeinsamkeiten mit anderen Gruppenteilnehmer*innen entdecken. Andererseits kann dadurch aber das Vertrauen zerstört werden, wenn vertrauliche Informationen öffentlich werden. Das richtige Maß an Herausforderung ist notwendig, um Patient*innen nicht zu überfordern, aber trotzdem zur Teilnahme zu motivieren.

6.5 Empfehlungen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Bestandteilen des TBS-Maßnahmenvollzuges in den Niederlanden und wie dieser von einem ehemaligen Patienten, der jetzt in dieser Einrichtung als angehender Sozialarbeiter tätig ist, wahrgenommen wurde. Diese Erfahrung gibt ihm eine besondere Stellung innerhalb der Klinik, mit der ihm der Aufbau von Vertrauen zu seinen Patient*innen leichter gelingt. Durch die ähnliche Vergangenheit wird den Worten dieses Professionisten mehr Glaubwürdigkeit geschenkt und die Therapieangebote werden eher angenommen. Zudem bildet er die Schnittstelle zwischen seinen Kolleg*innen und seinen Patient*innen. Aus diesem Grund wird der vermehrte Einsatz von professionellen Helfer*innen empfohlen, die in ihrer Vergangenheit zu einer TBS-Maßnahme verurteilt worden sind.

Im Interview mit diesem ehemaligen Patienten konnte erkannt werden, dass die Gruppentherapie einen großen Beitrag zu seiner Resozialisierung beigetragen hat, da die Bereitschaft der Annahme der Behandlung erhöht wurde. Grund dafür war das Erkennen von ähnlichen Gefühlen unter den Teilnehmer*innen, von denen der Befragte zuvor gedacht hatte, dass nur er selber diese haben würde. Die Gespräche mit den anderen Patient*innen haben dabei geholfen, dieses Empfinden zu akzeptieren oder daran zu arbeiten. Deshalb empfiehlt sich der Ausbau der Gruppenangebote, in denen den Patient*innen Raum zum Informationsaustausch mit anderen Nutzer*innen gegeben wird.

Positiv erlebt wird der Wechsel vom Gefängnis in die Klinik, da die Regelungen in zweitgenannter Einrichtung von den Betroffenen als humaner betrachtet werden. Durch die Entscheidung über Behandlung, berufsbildende Workshops oder Freizeitgestaltung wird den Personen Eigenverantwortung gegeben. Außerdem erwähnt der Interviewte, dass er die Art der Kommunikation, die professionelle Helfer*innen mit ihren Patient*innen pflegten, geschätzt

hat, da auch ihre Scherze das Beratungssetting aufgelockert haben. Aus diesem Grund empfiehlt sich, beim Einstellen von Kolleg*innen ein Augenmerk auf diese Charaktereigenschaft zu legen.

6.6 Empfehlung für die Forschung

Für die vorliegende Arbeit wurde ein ehemaliger Patient interviewt, der jetzt Soziale Arbeit studiert und gleichzeitig in der Klinik arbeitet, in der er zuvor behandelt wurde. Spannend für die Forschung wäre hier zu erfahren, wie sich dieser plötzliche Wechsel von Patient zu Mitarbeiter auf ihn ausgewirkt hat, mit welche Herausforderungen er konfrontiert wurde und welche Chancen und Risiken er erkennen konnte/kann. Im Interview wurde erwähnt, dass Personen, mit denen er zusammen behandelt wurde, nun seine Patient*innen sind (vgl. T25 2019:516). Es wäre somit auch interessant zu erfahren, wie dieser Wechsel aus deren Perspektive wahrgenommen wurde. Ebenso kann erforscht werden, wie sich der Einsatz von Mitarbeiter*innen mit Eigenerfahrung auf das professionelle Team auswirkt.

Die Rückfallrate von ehemaligen TBS-Patient*innen wird als niedrig bezeichnet. Allerdings werden nur jene Straftaten berücksichtigt, die aufgrund ihrer Schwere erneut zu einer TBS-Maßnahme führen könnten. Interessant wäre zu wissen, wie sich die Zahl verändern würde, wenn alle Straftaten miteinberechnet werden und wie sich diese Rückfallquote des Maßnahmenvollzuges im Vergleich zu anderen Ländern in Europa verhält.

6.7 Reflexion des Forschungsprozesses

Aufgrund meines Auslandsaufenthalts und der damit verbundenen Abwesenheiten in den Lehreinheiten, die die Vorbereitung der Bachelorarbeit zum Thema hatten, wurde der Forschungsprozess anfangs als anstrengend wahrgenommen. Trotz regelmäßigem Kontakt mit einem Projektmitglied war es für mich schwer, den Anfangsschritt zu machen und Interviewpartner*innen in den Niederlanden zu finden, die bereit waren, über ihre Erfahrung oder Kenntnisse in englischer Sprache zu berichten. Ich musste somit einige Absagen oder nicht beantwortete E-Mails akzeptieren, bevor ich meinen ersten Interviewpartner gefunden habe. Ebenso herausfordernd empfand ich die Durchführung von Interviews, ohne bereits eine Forschungsfrage zu haben, da ich befürchtete die Inhalte des Gesprächs nicht verwenden zu können, wie es bei einem meiner beiden Interviews der Fall war.

Dennoch kann ich behaupten, dass dieses Kopfzerbrechen über meine Bachelorarbeit im vorigen Semester dazu geführt hat, dass ich mich jetzt mit einem Thema auseinandersetzen konnte, welches meinem Interesse entspricht und mir einen Nutzen für meine Zukunft bringen wird.

Eine Erkenntnis, die ich gemacht habe, ist, dass uns durch das Internet Möglichkeiten gegeben werden, die nicht unterschätzen werden dürfen. Aufgrund von Covid-19 und der damit eingeführten Maßnahmen, unter anderem der Schließung von Bibliotheken, dachte ich kurzzeitig,

dass ich mein Forschungsthema umändern oder den zweiten Abgabetermin nutzen müsse, da ich keinen Zugang zur benötigten Literatur hatte. Nach intensiver Recherche und Kontaktaufnahme mit niederländischen Professor*innen konnte ich jedoch sowohl englische als auch niederländische Literatur im Internet finden, die mir das Schreiben der Arbeit möglich gemacht haben.

Literatur

Adviescollege Verloftoetsing TBS (o.A.a): Adviescollege Verloftoetsing TBS. <https://www.verlofadviescollege.nl/Organisatie/> [Zugriff: 12.05.2020]

Adviescollege Verloftoetsing TBS (o.A.b): Adviescollege Verloftoetsing TBS. <https://www.verlofadviescollege.nl> [Zugriff: 12.05.2020]

Boigner, Sarah (2020): Beziehungsgestaltung in der stationären Psychiatrie. Bachelorarbeit, FH St- Pölten.

Dalla Mora, Claudia (2020): Die schwedische Psychiatrie im Wandel. Der Paradigmenwechsel durch die Psychiatriereform 1995. Bachelorarbeit, FH St- Pölten.

De Boer, Judith / Gerrits, Jan (2007): Learning from Holland: the TBS system. In: Psychiatry, 6(11)/2007, S. 459-461.

De Boer, Judith / Whyte, Seán / Tony, Maden (2007): Compulsory treatment of dangerous offenders with severe personality disorders. A comparison of the English DSPD and Dutch TBS systems. In: The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 19(2)/2008, S. 148-163.

Dgcc – Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2017): Was ist CM? <https://www.dgcc.de/case-management/> [Zugriff: 12.05.2020]

Dienst Justitiële Inrichtingen (2019a): ForZo in getal 2014-2018. <https://www.tbsnederland.nl/media/6854/ForZo-in-getal-2014-2018-def.pdf> [Zugriff: 12.05.2020]

Dienst Justitiële Inrichtingen (2019b): Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. Jaarbericht 2018. https://www.nifp.nl/binaries/NIFP%20jaarbericht%202018_tcm106-391465.pdf [Zugriff: 12.05.2020]

Dienst Justitiële Inrichtingen (2019c): tbs inzichtelijk. https://www.forensischezorg.nl/files/infographic_tbs_april_2019.pdf [Zugriff: 12.05.2020]

Dienst Justitiële Inrichtingen (2019d): Gevangeniswezen. https://www.dji.nl/binaries/120687_03_dji_infosheet_gevangeniswezen_april_2019_V4_tcm41-352270.pdf [Zugriff: 12.05.2020]

Dienst Justitiële Inrichtingen (o.A.): Forensische zorgtitels. <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorgtitels#zorg-voor-strafrechtelijke-titel> [Zugriff: 12.05.2020]

Drechsler, Markus (2016) (Hrsg.): Maßnahmenvollzug. Menschenrechte weggesperrt und zwangsbehandelt. Wien: Mandelbaum Verlag.

Duden (2010): Resozialisierung. In: Dudenredaktion (2010) (Hrsg.): Das Fremdwörterbuch. 5. Band, 10. Auflage, Mannheim / Zürich: Dudenverlag, S. 907.

Eitljörg, Denise (2020): Erlebte Fremdbestimmung in der stationären Psychiatrie (Arbeitstitel). Bachelorarbeit, FH St. Pölten (erscheint im Herbst 2020).

Flick, Uwe (1991): Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, Uwe / von Kardoff, Ernst / Keupp, Heiner / von Rosenstiel, Lutz / Wolff, Stephan (Hrsg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Beltz Verlag, S. 147-173.

Froschauer, Ulrike/ Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV Verlag, 142-158.

Gabler Wirtschaftslexikon (o.A.): SWOT-Analyse. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/swot-analyse-52664> [Zugriff: 12.05.2020]

Gezondheidsuniversiteit (o.A.): 1. Psychiatrie 101. Wat is psychiatrie? https://www.gezondheidsuniversiteit.nl/sites/gezondheidsuniversiteit/files/lesmateriaal_avond_3.pdf [Zugriff: 12.05.2020]

GGZ Drenthe – Geestelijke Gezondheidszorg (2020): Na de verwijzing. <https://forensischepsychiatrie.ggzdrenthe.nl/patienten-en-naasten/na-de-verwijzing> [Zugriff: 12.05.2020]

GGZ Nederland (2020): GGZ Sector. <https://www.ggznederland.nl/pagina/ggz-sector> [Zugriff: 12.05.2020]

GGZ Nederland (2019): Factsheet Forensische zorg. Cijfers over tbs en overige forensische zorg. https://issuu.com/ggznederland/docs/ggz003_factsheet_forensische_zorg_w/4 [Zugriff: 12.05.2020]

Harte (2015): Preventing crime in cooperation with the mental health care profession. In: Crime, Law and Social Change, 64/2015, S. 263-275.

Husar, Johanna (2020): „Das Gwirx mit de Pulver!“ – Medikation und Psychiatrie. Bachelorarbeit, FH St. Pölten (erscheint im Herbst 2020).

Judex (2020): Veel voorkomende strafbare feiten. <https://www.judex.nl/rechtsgebied/strafrecht/veel-voorkomende-misdrijven/artikelen/veel-voorkomende-strafbare-feiten/> [Zugriff: 12.05.2020]

Kenan, Dilara (2020): Aufklärung in der Psychiatrie. Einfluss auf das Wohlbefinden der Patient*innen. Bachelorarbeit, FH St- Pölten.

Koenraadt, Frans (2010): Pre-trial forensic mental health assessment in The Netherlands. In: Herzog-Evans, Martine (2010) (Hrsg.): Transnational Criminology Manual. Volume 3, Nijmegen: Wolf Legal Publishers, S. 527-544.

Linner, Katharina (2020): Der Weg aus dem Maßnahmenvollzug – Therapie statt Strafe oder Strafe ohne Ende? Bachelorarbeit, FH St- Pölten.

Mohnl, Madlene (2020): Lost in Transition – Ethik im Maßnahmenvollzug. Bachelorarbeit, FH St- Pölten.

Neustart (o.A.): NEUSTART Unternehmen. <https://www.neustart.at/org/de/> [Zugriff: 12.05.2020]

Nikisch, Stefanie (2020): Diagnose Psychiatrie lebenslang. Wenn ein Aufenthalt dich prägt. Bachelorarbeit, FH St- Pölten.

O'Malley, Jonathan (2020): Ein Ausnahmefall wird zur Normalität. Angebote der stationären Psychiatrie aus Sicht der Betroffenen. Bachelorarbeit, FH St. Pölten (erscheint im Herbst 2020).

Oosterhuis, Harry (2013): Treatment as punishment: Forensic psychiatry in The Netherlands (1870–2005). In: International Journal of Law and Psychiatry, 37(1)/2014, S. 37-49.

Oostvaarderskliniek o.A.: Wat is tbs? https://www.oostvaarderskliniek.nl/tbs/wat-is-tbs-en-de-tbs-maatregel?utm_source=www.google.com&utm_medium=organic&utm_content=/ [Zugriff: 12.05.2020]

Pantuček, Peter (2006): Fallstudien als „Königdisziplin“ sozialarbeitswissenschaftlichen Forschens. In: Flaker, Vito / Schmid, Tom (2006) (Hrsg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialarbeitswissenschaft. Wien / Köln / Weimar: Böhlau, S. 237-261.

Petrila, John / De Ruiter, Corine (2011): The Competing Faces of Mental Health Law: Recovery and Access versus the Expanding Use of Preventive Confinement. In: Amsterdam Law Forum, 3(1)/2011, S. 72-83.

Reicher, Moritz (2020): Psychiatriereform (Arbeitstitel). Bachelorarbeit, FH St- Pölten.

Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, 13(3)/1983, S. 283-293.

Struijk, Sanne / Mevis, Paul (2016): Legal Constraints on the Indeterminate Control of 'Dangerous' Sex Offenders in the Community: The Dutch Perspective. In: Erasmus Law Review, 9(2)/2016, S. 95-108.

Tak, Peter J. P. (2008): The Dutch criminal justice system. 3. Auflage, Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

TBS Nederland (2018): Cijfers & Bijzonderheden 2018. <https://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Cijfers%20en%20Bijzonderheden%20TBS%20Nederland%202018.pdf> [Zugriff: 13.05.2020]

Titze, Birte Svenja (2020): Großteil bist du eine Nummer. Überleben in der totalen Institution Maßnahmenvollzug. Bachelorarbeit, FH St- Pölten.

Van der Hoeven Kliniek (2020a): For the family and network. <https://www.hoevenkliniek.nl/en/tbs/for-the-family-and-network/> [Zugriff: 12.05.2020]

Van der Hoeven Kliniek (2020b): Visiting times. <https://www.hoevenkliniek.nl/en/tbs/visiting-times/> [Zugriff: 12.05.2020]

Videmšek, Petra (2017): Expert by experience research as grounding for social work education. In: Social Work Education, 36(2)/2017, S. 1-12.

Daten

B1, Beobachtungsprotokoll 1, verfasst von Sabrina Moser, Beobachtung am 05.11.2019 in einer forensischen Psychiatrie in den Niederlanden

M1, Mitschrift 1, verfasst von Sabrina Moser am 05.11.2019 in den Niederlanden. Unveröffentlicht.

T25, Transkript 25, erstellt von Sabrina Moser, Dezember 2019, Zeilen durchgängig nummeriert.

Abkürzungen

AVT: Adviescollege Verloftoetsing TBS

DSGVO: Datenschutz-Grundverordnung

FPC: Forensisch Psychiatrisch Centrum

FPK: Forensisch Psychiatrische Kliniek

LFPZ: Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg

NIFP: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie

SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

TBS: Terbeschikkingstelling

WvS: Wetboek van Strafrecht

Abbildungen

Abbildung 1 Moser, Sabrina (2020): Anordnung TBS-Maßnahme. Quelle: In Anlehnung an Dienst Justitiële Inrichtingen, 2019a, S. 12-14.

Abbildung 2 Moser, Sabrina (2020): Altersverteilung. Quelle: In Anlehnung an Dienst Justitiële Inrichtingen, 2019a, S. 18.

Abbildung 3 Moser, Sabrina (2020): Herkunft der Patient*innen. Quelle: In Anlehnung an Dienst Justitiële Inrichtingen, 2019a, S. 17.

Anhang

Tabelle, welche für die Auswertung mittels Systemanalyse nach Froschauer / Lueger (2003) verwendet wurde:

Zeile	Paraphrase	Textrahmen	Lebenswelt	Interaktionseffekte	Systemeffekte

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Sabrina Moser**, geboren am **22.02.1998** in **Wien**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am **13.05.2020**

A handwritten signature in black ink, reading 'Sabrina Moser' in a cursive script.

Sabrina Moser