

Resozialisierung durch Behandlung : 20 Jahre Forensische Psychotherapie im Kontext des Justizvollzugs Zürich

Autor(en): **Stürm, Matthias / Oberhauser, Angelika / Schmalbach, Stefan**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Zeitschrift für Kriminologie = Revue suisse de criminologie = Rivista svizzera di criminologia = Swiss Journal of Criminology**

Band (Jahr): **18 (2019)**

Heft [-]

PDF erstellt am: **23.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1050697>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Resozialisierung durch Behandlung

20 Jahre Forensische Psychotherapie im Kontext des Justizvollzugs Zürich

Zusammenfassung

Seit nunmehr 20 Jahren haben sich der Psychiatrisch-Psychologische Dienst (PPD) und dessen forensische Behandlungen in den Strukturen des Justizvollzugs weiterentwickelt. Die Verortung der forensischen Psychotherapie in den Strukturen des Justizvollzugs wird als Schlüssel zu einem erfolgreichen Beitrag zum bestehenden Resozialisierungsauftrag gesehen. Die historisch begründete Linie einer fortlaufend ausdifferenzierten und auf wesentlichen Grundorientierungen beruhenden forensischen Behandlungskonzeption wird dargestellt und ihr Beitrag zur Resozialisierung von Straftätern hervorgehoben. Der möglicherweise paradox wirkende Impetus einer ausschliesslich risikoorientierten Sichtweise wird kritisch diskutiert. Ebenso werden existierende Einschränkungen für moderne und effiziente Resozialisierungsbemühungen beschrieben.

Résumé

Depuis 20 ans, le PPD et ses traitements médico-légaux se sont développés dans les structures du système pénitentiaire. L'implantation de la psychothérapie médico-légale dans les structures carcérales est considérée comme la clé d'une contribution réussie au mandat de réadaptation existant. La ligne historiquement fondée d'un concept de traitement médico-légal continuellement différencié, basé sur des orientations de base essentielles, est présentée et sa contribution à la resocialisation des délinquants est mise en évidence. L'impulsion potentiellement paradoxale d'une vision exclusivement axée sur le risque fait l'objet d'un examen critique. Les limites actuelles des efforts de resocialisation modernes et efficaces sont également décrites.

Summary

For 20 years now, the PPD and its forensic treatments have developed further in the structures of the prison system. The location of forensic psychotherapy in prison structures is seen as the key to a successful contribution to the existing rehabilitation mandate. The historically founded line of a forensic treatment concept that is continuously differentiated and based on essential basic orientations is presented and its contribution to the resocialisation of offenders emphasised. The potentially paradoxical impetus of an exclusively risk-oriented view is critically discussed. Existing limitations for modern and efficient resocialisation efforts are also described.

Inhaltsübersicht

1. Ausgangslage
2. Entwicklungslinien moderner Täterbehandlung
 - 2.1 Risiko- und Deliktorientierung
 - 2.2 Teamorientierung
 - 2.3 Qualitätsorientierung
3. Das Konzept der «Sequenziellen forensischen Behandlung»
4. Rückblick und Ausblick
Literaturverzeichnis

1. Ausgangslage

Der Resozialisierungsauftrag für Straftäter¹ wurde bereits durch das damalige Strafgesetzbuch von 1937 für die Schweiz explizit formuliert und prägte über Jahrzehnte hinweg die «moderne» Vollzugspraxis der Schweiz. In Deutschland wurde der Stellenwert des Resozialisierungsauftrags durch das sogenannte Lebach-Urteil² des Bundesverfassungsgerichts 1973 unterstrichen, in dem die Resozialisierung eines Täters höher gewichtet wurde als die Pressefreiheit. Beim «Soldatenmord von Lebach» wurden vier Soldaten der Bundeswehr bei einem Überfall auf ein Munitionslager getötet. Ein Mittäter legte gegen die geplante Ausstrahlung einer Dokumentation zur Tat Verfassungsbeschwerde ein. Das Gericht befand, dass das Persönlichkeitsrecht eines verurteilten und einsitzenden Täters insbesondere dann überwiegt, wenn durch die Berichterstattung die Resozialisierung gefährdet ist.

Im Gesamtkontext der nach den Schrecken des Zweiten Weltkrieges zunehmend Liberalisierung und Individualisierung anstrebenden westlichen Gesellschaften wurde die Effektivität rein repressiver, sanktionierender Massnahmen in Frage gestellt. Eine stark humanistisch geprägte Strömung kritisierte unter anderem die Stigmatisierung von Individuen durch diagnostische Zuschreibungen («labeling approach»; Becker 1963; Lemert 1951), stellte im Rahmen der Antipsychiatriebewegung (Cooper 1970) die Sinnhaftigkeit geschlossener Institutionen («totale Institutionen»; Goffmann 1973)

1 Da die Klientel nahezu ausschliesslich aus männlichen Tätern besteht, wird im Verlauf auf die zusätzliche Erwähnung der weiblichen Form verzichtet.

2 BVerfGE 35, 202–245.

infrage und führte im Justizvollzug zu einer stark pädagogisch orientierten und täterzentrierten Ausformung des Resozialisierungsgedankens. Es lässt sich bei kritischer Betrachtung feststellen, dass diese einseitig auf Normalisierung ausgerichtete Herangehensweise die ebenfalls vorhandenen Risikopotentiale weitgehend ignorierte. Dies führte an verschiedenen Orten zu tragischen Ereignissen.

Stellvertretend für die Schweiz, weil durchaus kein singuläres Ereignis, steht in diesem Kontext der «Zollikerberg-Mord» 1993. Im Kontext der Aufarbeitung dieser schrecklichen Tat wurde der Straf- und Massnahmenvollzug im Kanton Zürich einer tiefgreifenden Analyse unterzogen (Bertschi 2019). Die eingesetzte Untersuchungskommission identifizierte als die Tat begünstigende Faktoren neben anderen den Einsatz externer, systemfremder Dienstleistender (Behandelnde), das Fehlen sowohl von systematischen Risikoeinschätzungen als auch einer stringenten Dokumentation und nicht zuletzt einen grundsätzlichen Mangel an Spezialisierung. Diese Mängel wurden als Ergebnis einer die vorhandenen Risiken zu wenig würdigenden Grundhaltung interpretiert. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme führten im Kanton Zürich zu einem Paradigmenwechsel: Weg von einer «einseitig täterzentrierten Resozialisierungsorientierung», hin zu einer – von Kritikern ebenfalls als einseitig bezeichneten – Perspektive der geschädigten Personen einbeziehenden Risikoorientierung.

Die Gründung des Amtes für Justizvollzug (JuV) war die strukturelle Konsequenz dieser Analyse. Das «Zürcher Modell» (Urbaniok 2001) steht in diesem Kontext für die räumlich nahe und prozessbezogen enge Zusammenarbeit aller Arbeitspartner unabhängig von ihren jeweiligen Aufgaben und Interessen. Ansatzpunkt für Entwicklungen im Justizwesen stellt für alle Beteiligten die real existierende Vollzugspraxis dar. Auch der Psychiatrisch-Psychologische Dienst (PPD) als eine von sechs Hauptabteilungen des JuV fühlt sich als forensische Fachorganisation konsequent dem Leitgedanken einer deliktpräventiven Ausrichtung verpflichtet.

2. Entwicklungslinien moderner Täterbehandlung

Der Kernauftrag des PPD ist die Durchführung gerichtlich angeordneter ambulanter und sta-

tionärer Behandlungsmassnahmen sowohl intra- wie extramural. Die Klientel besteht hauptsächlich aus erwachsenen männlichen Tätern. Die aktuelle, über die letzten 20 Jahre entwickelte Behandlungskonzeption integriert anwendungsnah wesentliche Grundprinzipien in der konkreten Realisierung eines modernen Resozialisierungsauftrags, der die historischen Schwächen zu überwinden versucht (Stürm/Schmalbach 2013). Als essentiell erweist sich in der Umsetzung die Integration von risiko- und delikt-, team- und qualitätsorientierten Betrachtungsweisen, die nachfolgend aus didaktischen Gründen getrennt voneinander dargestellt werden, in der Behandlungspraxis jedoch erst durch die gleichzeitige Verwirklichung ihr synergetisches Potential entwickeln.

International haben sich mittlerweile die RNR-Prinzipien (Andrews/Bonta/Hoge 1990) als Standard für die Durchführung deliktpräventiver Behandlungen durchgesetzt. Sie besagen, dass sich die Interventionsintensität am individuellen Rückfallrisiko auszurichten hat («risk»), dass Interventionen auf individuelle kriminogene Risikoeigenschaften fokussieren sollen («needs») und dass sich Art und Durchführung der Interventionen an der therapeutischen Erreichbarkeit des Täters zu orientieren haben («responsivity»).

2.1 Risiko- und Deliktorientierung

Ein moderner, wissenschaftliche Erkenntnisse mitberücksichtigender Resozialisierungsauftrag beinhaltet immer auch eine umfassende Sicht auf die jeweilige Risikokonstellation eines Täters, um massgeschneiderte, spezifische Interventionen und Resozialisierungsprozesse zu verwirklichen. Dies erfordert zunächst die differenzierte Beurteilung der grundsätzlichen Behandelbarkeit einer Person, indem personale wie auch deliktbezogene Fakten analysiert werden. In extremen Einzelfällen kann die ausführliche Beschäftigung mit dem Tatgeschehen, der (deliktischen) Biographie und Persönlichkeit einer delinquenten Person zur Einschätzung einer (aktuellen) Unbehandelbarkeit führen (Urbaniok 2002), was dann langfristige Sicherung anstelle von Resozialisierung für den Täter bedeutet. In der grossen Mehrheit mündet die initiale risikoorientierte Beschäftigung mit der Tat und dem Täter jedoch in einer abgestuften, die gegebenen aktuellen und antizipierten zukünftigen Realbedingungen mit einbeziehenden, indikationsgeleiteten Behandlungspla-

nung. Eine kontinuierliche Risikobeurteilung durch das Behandlungsteam ist zwingend Bestandteil der laufenden Behandlung und fliesst entsprechend regelmässig in die Dokumentation und Berichterstattung ein. Eine angemessene Würdigung der individuellen Risikokonstellation beinhaltet immer auch die Berücksichtigung bestehender oder zu entwickelnder Ressourcen.

Dreh- und Angelpunkt einer risiko- und deliktorientierten Herangehensweise ist die Identifizierung und Bearbeitung der beim Täter vorliegenden individuellen Risikoeigenschaften und deren Zusammenwirken in der Erklärung des Tatgeschehens (Delikthypothese). Hierzu hat sich in der Praxis das SORKC-Modell (Kanfer/Saslow 1974) als Leitmatrix bewährt, welches das Zustandekommen von Verhalten sowohl in ätiologischer Hinsicht als auch mit Blick auf den Ablauf des konkreten Geschehens auf den relevanten menschlichen Funktionsebenen (Denken, Fühlen, Körperwahrnehmung und Verhalten) beschreibt.

Deliktpräventive Täterbehandlung ist mehr – und etwas Anderes – als eine in allgemeinspsychiatrischer Sicht hinreichende Behandlung der zugrundeliegenden psychischen Störung. Abgesehen davon, dass es Risikoprofile gibt, die sich mit allgemeinspsychiatrischen Kategorien gar nicht fassen lassen, verlangt eine moderne Täterbehandlung mit ihrer Fokussierung unter anderem auf deliktrelevante Risikoeigenschaften nach einer Erweiterung der herkömmlichen diagnostischen Denkweisen, welche – forensisch betrachtet: bedauerlicherweise – nach wie vor ihre Leitfunktion für die juristische Rahmensetzung einfordern (z. B. de Tribolet-Hardy/Lehner/Habermeyer 2015). Die Behandlung von Risikoprofilen kann selbstverständlich die Behandlung psychiatrischer Grunderkrankungen implizieren, geht aber in den meisten Fällen darüber hinaus. Nur in seltenen Fällen (beispielsweise die Tötung eines Menschen ausschliesslich aufgrund eines psychotischen Wahngeschehens) ist die Behandlung einer psychischen Störung nahezu deckungsgleich mit der Senkung des individuellen Risikoprofils. In der überwältigenden Mehrheit der

Tatdynamiken lässt sich eine solch einfache Kausalität nicht nachweisen.

Rückblickend und aktuelle Entwicklungen miteinbeziehend präsentiert sich die zunehmende Risikoorientierung nicht nur als eine notwendig gewordene Bereicherung des originären Resozialisierungsauftrags. Die erfolgreiche und umfassende Expansion risikoorientierter Interventionen in alle Bereiche des modernen Justizvollzugsalltags entfaltet etwa dort paradoxe Wirkung, wo vertretbare Risiken mit Rekurs auf eine allfällig gefährdete Sicherheitslage vermieden werden, Haftzeiten im geschlossenen Regime verlängert und Lockerungsentscheide durch eine Spirale wiederholter Risikobeurteilungen hinausgezögert werden und sich milieuthérapeutisches Arbeiten und sozialarbeitendes Wirken auf standardisiertes forensisches Risiko-Monitoring reduzieren. Gleichzeitig begünstigt eine ausschliessliche Konzentration auf Risiken (kritisch hierzu auch: Suhling und Endres 2016) die gesellschaftliche Haltung einer Null-Risiko-Toleranz, die wiederum eine unrealistische Erwartung an die Möglichkeiten und Grenzen des Justizvollzugs befördert. Auch besteht die Gefahr, zu übersehen, dass viele Täter eigene Opfererfahrungen gemacht haben (z. B. Kilvinger/Rossegger/Arnold/Urbanik/Endrass 2011; Rossegger/Endrass/Urbanik/Vetter/Maercker 2011) und mit einer nur auf Defizite ausgerichteten Herangehensweise die mögliche Korrektur wesentlicher emotionaler Prozesse verpasst wird.

Um «historisch» nicht erneuten reduktionistischen Reflexen zu erliegen, bedarf es einer Justierung und Besinnung auf den grundlegenden Resozialisierungsauftrag des Justizvollzugs. So, wie in den 1990er Jahren deutlich wurde, welche Gefahren eine vornehmlich auf Täterbedürfnisse reduzierte Umgangsweise produzierte, so erscheint es heute notwendig, auf die Gefahren eines kurzfristig auf das Risiko reduzierten Vorgehens hinzuweisen. Im Hinblick auf die Tatsache, dass die überwältigende Mehrheit der Täter³ früher oder später in die Freiheit entlassen wird, ist es vernünftig, kurzfristig vertretbare Risiken – etwa in Form von monitorisierten Vollzugsöffnungen – einzugehen, um längerfristig angelegte Progressionsprozesse mit zunehmenden Freiheitsgraden zu begleiten und somit optimierte Bedingungen für langfristige Sicherheit zu erzeugen.

³ Im Jahr 2016 erfolgten in der Schweiz bei 10005 gesamthaft eingewiesenen Personen 9938 Entlassungen. Bei einem mittleren Jahresbestand von 5334 inhaftierte Erwachsene im Sanktionenvollzug waren insgesamt 146 Verwahrte zu verzeichnen (Bundesamt für Statistik BfS 2016).

2.2 Teamorientierung

Die seit 1999 als strukturelle Folge der notwendig gewordenen Neuorganisation des Amtes vollzogene Einbettung des PPD in die interdisziplinären Strukturen des Zürcher Justizvollzugs bedeutete den Anstoss für den in den folgenden Jahren fortlaufend ausdifferenzierten Prozess einer teamorientierten Weiterentwicklung der deliktpräventiven Behandlungen. Insofern wurde mit diesem Schritt von Beginn weg verhindert, dass sich die forensische Psychotherapie als quasi unbeteiligte Beobachterin an der Seitenlinie bewegt, und eingefordert, dass sie sich mit gleicher Verantwortlichkeit auf dem Spielfeld der unterschiedlichen Interessenslagen und Zielsetzungen des Justizvollzugs einbringt. Der fortlaufende interdisziplinäre Austausch führt dazu, dass sich die Entwicklungen der forensischen Psychotherapie stets an den realen Erfordernissen des Vollzugsalltags orientieren und optimal an die gegebenen transprofessionellen Bedingungen adaptieren. Auf der professionellen Handlungsebene wurde schnell deutlich, dass die im forensischen Kontext zwingend erforderliche Kommunikation zwischen allen Beteiligten vonseiten der forensischen Psychotherapie ein Hinterfragen des therapeutischen Schweigebots erforderte. Die durch den transparenten Informationsaustausch möglich werdende fortlaufende Konsolidierung von Zielsetzungen und Massnahmen ist im Interesse des an der Behandlung engagierten Täters, da dadurch gewährleistet wird, dass alle an der Resozialisierung Beteiligten das gemeinsame Potential ausnutzen können. So wurde auch einem der wesentlichen Kritikpunkte des «Bertschi-Berichts» entsprochen, nach welchem sich fehlende bzw. intransparente Kommunikation zwischen den beteiligten Verantwortungstragenden begünstigend auf die Entwicklung der Rückfalldynamiken auswirkt. Trotz der historischen Erkenntnisse existieren bedauerlicherweise auch heute noch forensische Konzeptionen, die den transparenten Informationsaustausch explizit unterbinden, indem sie sich hinter die professionelle Schweigepflicht zurückziehen. In diesem Kontext ist die in der Ärztezeitung der FMH geäußerte Haltung (Lehky Hagen 2014), wonach die Aufhebung der Schweigepflicht einem Angriff auf die gute Arzt-Patienten-Beziehung gleichkäme und als Folge ein sicherheitsrelevanter Informationsverlust resultiere («Tatsache ist, dass die vertrauensvolle

Arzt-Patienten-Beziehung eine unverzichtbare Basis für die wirksame Behandlung und korrekte Einschätzung von Straftätern ist. Das Arztgeheimnis trägt damit entscheidend zur öffentlichen Sicherheit bei.»⁴), als grotesk fahrlässig und naiv zu bezeichnen (kritisch dazu auch: Graf/Habermeyer 2015; Lau/Sachs 2015). Wenn für die Allgemeine Psychotherapie gilt, dass der «informierte Klient» mit engagierter und zielfokussierter Mitwirkung in der Behandlung einen positiven Outcome begünstigt (Klemperer 2009; Leitner 2009; Orlinsky/Howard 1988), gilt dies erst recht für den Zwangskontext der forensischen Psychotherapie. Ein transparenter Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten ist weniger ein Verzicht auf Vertraulichkeit, sondern vielmehr die Kultivierung einer teamorientiert sinnvollen rückfallpräventiven Haltung im gesamten forensischen System. Bereits 1999 wurde im PPD gemeinsam mit sich in Behandlung befindenden Tätern eine Behandlungsvereinbarung erarbeitet, die die gegenseitigen Rechte und Pflichten festhält und sowohl die Interessen der Täter als auch jene der Behandelnden integriert. Explizit ist dabei auch der beidseitig gewünschte transparente Informationsfluss im Justizsystem geregelt.

Organisatorisch drückt sich das Prinzip der «Teamorientierung» im PPD durch eine konsequente Realisierung des Mehr-Augen-Prinzips aus. Rückfallpräventive Behandlungen werden nie als «Einzeltherapien» konzipiert, die lediglich von einer therapeutischen Fachperson durchgeführt und verantwortet werden. Jeder behandelte Täter hat Kontakt zu mehreren professionellen Bezugspersonen. Das «therapeutische Bündnis» beinhaltet dadurch vielfältige professionelle Beziehungsangebote und wird somit zu einem therapeutischen Beziehungsgefüge, welches entsprechende strukturell-organisatorische Rahmenbedingungen verlangt. Für den PPD sind Qualitätszirkelarbeit, teambasierte therapeutische Eingangsabklärungen, die gemeinsam geführte Behandlungskonzeption, Gruppensitzungen, gemischte Therapiesettings etc. Ausdruck einer konsequent auf Teamverantwortung ausgerichteten Vorgehensweise. Besonders akzentuiert treten die Vorteile und Herausforderungen einer teamorientierten Herangehensweise im Kontext einer milieu-therapeutischen Massnahmenstation zu Tage.

4 Vorbemerkung von J. Schlup ebd.

Eine derartige Organisationsform nimmt Redundanzen und fortwährende Klärungsprozesse bewusst in Kauf und fördert sie sogar teilweise, zum Zwecke eines alle Facetten berücksichtigenden Blicks auf den Täter und seine Behandlung. Um dem naheliegenden Verwirrungspotenzial eines solchen Ansatzes zu begegnen, müssen organisatorische Voraussetzungen existieren, die einen fortwährenden Abgleich der Beobachtungen und Erkenntnisse ermöglichen. Redundante Prozesse per se bergen die Gefahr eines unwirtschaftlichen Umgangs mit Ressourcen, Ermüdung bei Behandlung und Behandelten und Verantwortungsdiffusion. Nebst der Vermeidung von blinden Flecken führt die Klärung von Dissonanzen bei ähnlichem Vorgehen in unterschiedlichen Kontexten jedoch in aller Regel zu einem vertieften Verständnis des Deliktgeschehens und der Täterpersönlichkeit. Das heisst: Wo Redundanzen geschaffen werden, muss der Raum für das Zusammenführen von Erkenntnissen und der Klärung allfälliger Dissonanzen bewusst geplant werden. Die Koordination und Kommunikation von behandlungsrelevanten Phänomenen verlangt in einem derartigen therapeutischen Netzwerk nach einer identifizierten Zuständigkeit, die im PPD als «internes Case Management» geregelt ist. Die Durchführung therapeutischer Interventionen einerseits und die Koordination und Kommunikation des Behandlungsprozesses andererseits sind unterschiedliche Funktionen, die konzeptionell voneinander abzugrenzen sind.

2.3 Qualitätsorientierung

Die strukturierte und absichtsgeleitete Organisation forensischer Behandlungen im Sinne des Mehr-Augen-Prinzips steht zusätzlich zentral im Dienste einer notwendigen Qualitätsorientierung. Im forensischen Behandlungskontext beinhaltet Qualitätsorientierung nicht nur die Durchführung selbstverständlich erscheinender qualitätssichernder Gefässe wie Supervision, Fallvorstellung, Intervision etc., sondern auch eine professionelle Grundhaltung im gesamten Behandlungsteam, fachgerechte therapeutische Dienstleistungen von der Indikationsstellung bis zum Risiko-Monitoring in Freiheit sowie entsprechende organisationale Strukturen. Dies bedeutet konkret, dass Qualitätsbewusstsein und Qualitätsentwicklung nicht delegierbar sind und jede(r) Mitarbeitende Mitverantwortung für die Umsetzung und

Weiterentwicklung der Qualitätsstrukturen trägt. «Suboptimale Prozesse» auf Behandlungsebene oder an den Schnittstellen werden gemeinsam systematisch gesammelt, analysiert und evaluiert, um daraus abzuleitende Massnahmen zu implementieren. Therapeutische Dienstleistungen werden «lege artis» durchgeführt und sowohl intern wie extern reflektiert und kontrolliert. Bei Bedarf werden die Angebote den jeweiligen individuellen Erfordernissen angepasst. Die Organisation als solche macht ihre definierten Prozesse und Standards für alle Mitarbeitenden jederzeit schriftlich verfügbar und stellt sich einer regelmässigen externen Überprüfung. Die Behandlungskonzeption des PPD ist seit 2014 zertifiziert nach ISO-Norm 9001.

Während die neutrale Zertifizierungsstelle primär auf die organisationalen Strukturen und standardisierten Prozesse fokussiert, werden seit dem Jahr 2000 die forensischen Behandlungen des PPD kontinuierlich beforscht, unter anderem im Rahmen einer breit angelegten prospektiven Untersuchung zu Behandlungseffekten (z. B. Endrass/Rossegger/Urbaniook 2007; Seewald/Rossegger/Gerth/Urbaniook/Phillips/Endrass 2018; Urwyler 2019). Die in diesem Kontext auch zutage tretenden methodenkritischen Aspekte, wie beispielsweise die Beeinflussung der Resultate durch Forschungsdesign und Stichprobenauswahl, Schwierigkeiten bei der Definition und Operationalisierung von basalen Begriffen und Konzepten wie «Erfolg/Misserfolg» oder «forensische Therapie» sowie die Validität der erhobenen Daten, werden bis dato von der «Forschungscommunity» noch zu wenig aufgegriffen. Für die forensische Praxis wird dabei deutlich, dass sich die klinische Konzeptentwicklung nicht ausschliesslich auf häufig geforderte «evidenzbasierte» Strategien zurückziehen kann (Schnyder 2009), sondern zusätzlich einen eigenständigen Evaluationsbeitrag aus der eigenen Behandlungspraxis leisten muss. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse gilt es gemeinsam mit den Arbeitspartnern in das System des Justizvollzugs zu integrieren.

Das im Umfeld des PPD entwickelte Forensische Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System (FOTRES; Urbaniook 2016) liefert einen wertvollen Beitrag zur Qualitätssicherung, indem es im Kontext von Risiko-beurteilung und Risikokommunikation gemeinsame Begrifflichkeiten definiert. FOTRES

bildet die Grundlage dafür, dass die individuellen Behandlungen durch das Behandlungsteam fortlaufend reflektiert und evaluiert werden können. Zusätzlich findet die Perspektive der «Kunden» in Form regelmäßiger Befragungen der zu behandelnden Täter und Arbeitspartner Berücksichtigung. Die jeweiligen Befunde der Erhebungen zur «Kundenzufriedenheit» stossen wiederum die Weiterentwicklung der Behandlungen und Organisation an.

3. Das Konzept der «Sequenziellen forensischen Behandlung»

Aus der langjährig betriebenen Integration der oben dargestellten grundlegenden Orientierungen wurde im PPD das Konzept der «Sequenziellen forensischen Behandlung» entwickelt, welches nachfolgend in der aktuellen Version kurz dargestellt wird (vgl. Stürm/Hug/Christoffel 2012).

Das gleichermaßen Persönlichkeit wie Delikt fokussierende Modell bedient sich bewusst einer Methodenvielfalt und grenzt sich somit von modular-programmatisch gestalteten Angeboten ab. Nicht die Abfolge der jeweiligen Interventionen ist vorgegeben, sondern die Zielsetzungen der jeweiligen Behandlungssequenz, was dem einzelnen Behandelnden grosse Freiheiten in der Wahl seines therapeutischen Instrumentariums lässt. Dadurch ist die Gestaltung eines Klienten bezogenen, therapeutischen Curriculums möglich, welches auch den spezifischen Charakteristika der behandelten Täter Rechnung trägt («responsivity»).

Die Sequenzen sind chronologisch und inhaltlich aufeinander abgestimmt. Die Zuordnung eines Klienten zu einer Behandlungssequenz bzw. das chronologische Absolvieren aller Sequenzen ist idealtypisch dargestellt und kann, je nach Situation oder Setting, im Einzelfall variieren.

Hauptzielsetzung der ersten Behandlungssequenz (I: «Indikation, Information und Motivation») ist die Vorbereitung des Täters auf die Inhalte des nachfolgenden, sich an den RNR-Prinzipien orientierenden Behandlungsangebots. Informationsvermittlung, Motivationsarbeit, die Identifizierung und Stärkung von Ressourcen sowie eine sorgfältige Indikationsstellung stehen im Zentrum dieser Sequenz.

Die Behandlungssequenz II («Deliktanalyse») verfolgt das Ziel einer vertiefenden deliktfokussierenden Arbeit, um eine fundierte Einsicht in die personalen und situativen Bedingungen des Deliktverhaltens zu erlangen.

In der Behandlungssequenz III («Deliktprävention») wird, ausgehend von den Erkenntnissen der vorgängig erarbeiteten Delikthypothese, eine überwiegend ressourcenorientierte Arbeit realisiert, die die Förderung von deliktpräventiven Verhaltensweisen respektive Haltungen zum Ziel hat.

Die wichtigsten Zielsetzungen der Sequenz IV («Behandlungsevaluation») sind die Evaluation der bis dahin erzielten Behandlungsergebnisse und – unter Berücksichtigung von erreichten und nicht erreichten Zielsetzungen – die Erarbeitung geeigneter langfristiger Strategien für ein nachhaltiges Risikomanagement nach Haftentlassung.

In der letzten und fünften Behandlungssequenz (V: «Risikomanagement in Freiheit») wird der Klient im Sinne des «Good Lives Models» (Ward/Brown 2004) bei einer zufriedenstellenden Lebensführung und der Wiedereingliederung in ein soziales und berufliches Umfeld unterstützt. Die Erkenntnisse der bisherigen deliktpräventiven Arbeit sollen im Alltag angewendet und der Klient zu einem selbständigen «Risiko-Monitoring» angeleitet werden, welches kontinuierlich bezüglich seiner Zweckmässigkeit validiert wird.

Durch die Zuständigkeit des PPD sowohl für intra- als auch für extramurale Behandlungen ist es möglich, den Tätern eine personale Kontinuität über zum Teil viele Jahre und verschiedene Vollzugsstufen hinweg dort anzubieten, wo diese indiziert erscheint.

Das PPD-Modell der «Sequenziellen forensischen Behandlung» fokussiert von Beginn an die Oberziele der Senkung von Deliktmotivation sowie der Verbesserung der individuellen Steuerungsfähigkeit (Urbaniook 2003). Während Ersteres vorwiegend über persönlichkeits- und beziehungsorientierte Auseinandersetzung verfolgt wird, konzentrieren sich deliktfokussierte Methoden stets auch auf die Erhöhung der Steuerungsfähigkeit. Der Gleichwertigkeit beider übergeordneter Zielsetzungen wird im Behandlungskontext mit der Kombination von modularen (primär deliktfokussierenden) und prozessorientierten (primär persönlichkeitsfokussierenden) Angeboten sowie einer Flexibilität auf Setting-Ebene begegnet.

4. Rückblick und Ausblick

Die Kernaufgabe des Justizvollzugs ist die erfolgreiche Resozialisierung und Reintegration von straffällig gewordenen Menschen. In diesem Sinne leistet der PPD seit nunmehr 20 Jahren durch eine kontinuierliche Reflexion und Weiterentwicklung des forensischen Behandlungsangebots in der Struktur des Justizvollzugs Zürich einen wichtigen Beitrag. Diese letztendlich organisch verlaufene Entwicklung stellte sich wie folgt dar:

Die interdisziplinäre Verortung in den Strukturen des Justizvollzugs machte es für den PPD notwendig, die eigenen Positionen zu explizieren und seine haltungs- und handlungsleitenden Grundorientierungen in die Diskussion einzubringen. Im Rückblick ergibt sich dabei eine «logische» Abfolge von Entwicklungsschritten. Als erste Reaktion auf den Bericht der Kommission Bertschi erfolgte die Ergänzung allgemeinpsychologischer und -psychotherapeutischer Konzepte durch eine risiko- und delikt fokussierende Sichtweise und durch eine integrativ begründete (Petzold 1991) multimodale, spezifisch forensisch ausgerichtete Konzeption. Seither werden die therapeutischen Mitarbeitenden des PPD angehalten, sich am Wissensstand der forensisch begründeten Psychotherapie zu orientieren, ihre eigene berufliche Sozialisation zu reflektieren und sich auf Grundlage der forensischen Berufspraxis mit den Positionen und Konzepten der eigenen Therapierichtung kritisch auseinanderzusetzen. Wo notwendig, gilt es diese an das Berufsfeld zu adaptieren und zu modifizieren.

Die Behandlungspraxis des PPD fühlt sich keiner traditionellen Therapieschule verpflichtet. Die Mitarbeitenden sind in unterschiedlichen Therapieverfahren ausgebildet und verfügen über die Fachtitel für Rechtspsychologie und Psychotherapie oder haben deren Abschlüsse in den ersten Berufsjahren anzustreben. Die dadurch gegebene Methodenvielfalt bildet ein besonderes Qualitätsmerkmal (Engel 2009) der Behandlungskonzeption des PPD. Als weiteren Professionalisierungsschritt erforderte dies jedoch die Etablierung eines gemeinsamen therapeutischen Bezugsrahmens und einer gemeinsamen Sprache, was mit der Entwicklung und Etablierung des FOTRES gelang.

Im November 1998 lehnte das Wahlvolk des Kantons Zürich ein stationäres Behandlungs-

programm, das mit der Schaffung einer Spezialabteilung in der JVA Pöschwies vorgesehen war, ab. Im Nachhinein entpuppte sich dieses Votum als einmalige Chance für die Weiterentwicklung der forensischen Psychotherapie in Zürich, da anstelle eines stationären Behandlungsprogramms die Verstärkung der ambulanten Massnahmen gefordert wurde. Mit der Realisierung des Ambulanten Intensiv-Programms (AIP; Urbaniok/Schmalbach 2002) setzte der PPD diesen Auftrag in der JVA Pöschwies um. Die Behandlungsprogramme für Hochrisikotäter, welche nur durch intensive, multimodale Interventionen therapeutisch erreicht werden konnten, waren im Wesentlichen gruppentherapeutisch organisiert (Urbaniok/Stürm 2006a; Urbaniok/Stürm 2006b). Mit der Umsetzung des AIP betrat der PPD Neuland, sowohl was die zu behandelnde Klientel als auch die Durchführung der Intensivbehandlungen in der Struktur einer Justizvollzugsanstalt betraf. Die dadurch notwendige, noch engere interdisziplinäre Auseinandersetzung mit den Organisationsstrukturen des Justizvollzugs führte nicht nur zur Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte, sondern auch zu einer systematischen synergetischen Einbindung professioneller Strukturen des Justizvollzugs in die Behandlungskonzeption. An dieser Stelle können stichwortartig einige Vorzüge für die behandelten Täter aufgeführt werden: Professionelles Ausbildungs- und Schulungsangebot; Arbeitsplätze, die sich am extramuralen Arbeitsmarkt orientieren, professionelles Sicherheitsdispositiv, reichhaltige Möglichkeiten der Freizeitgestaltung etc.

Nach erfolgreichem Abschluss der Projektphase konnten die Angebote des AIP 2006 in die therapeutische Regelversorgung überführt und für alle Klienten des PPD nutzbar gemacht werden. Ein hoch diversifiziertes und differenziertes Behandlungsangebot in unterschiedlichen Behandlungssettings und indikationsgeleiteter inhaltlicher und methodischer Ausgestaltung ermöglichte eine individuelle Anpassung der Behandlungssituation an die Bedürfnisse und Erfordernisse des einzelnen Täters.

Auf Grundlage der Revision des StGB im Jahre 2007 wurden das Massnahmenrecht reformiert und die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, stationäre Massnahmen nach Art. 59 StGB auch im Kontext des Justizvollzugs durchzuführen. Bei der Konzeptualisierung

und Etablierung der Forensisch-Psychiatrischen Abteilung (FPA) 2009 in der JVA Pöschwies konnten die Verantwortlichen des Justizvollzugs auf den reichhaltigen, im Rahmen des AIP gewonnenen Erfahrungen aufbauen (Borchard/Habermann/Stürm/Urbanik 2012; Noll 2014; Noll/Borchard/Graf/Spiller/Stürm/Urbanik 2010; Noll/Graf/Stürm/Urbanik 2008).

Die steigende Professionalisierung und interdisziplinäre Begründung des therapeutischen forensischen Arbeitsfeldes im PPD führte auch zu einer zunehmenden Komplexität der Organisation. Bereits 2008 wurde es darum notwendig, die verschiedenen Regelungen, Prozesse und Konzepte der Ambulanten Erwachsenenforensik in einem «Handbuch Qualitätsentwicklung» zusammenzufassen. Im Hinblick auf die externe Validierung der Behandlungskonzeption im Rahmen der angestrebten und 2014 erfolgten Zertifizierung nach ISO-Norm 9001 wurde das Qualitätsmanagement-System in eine elektronische Form überführt und 2018 um die Qualitätsprozesse der Adoleszentenforensik ergänzt.

In die Zukunft gerichtet, gilt es für den PPD weiterhin, jenseits des Bewährten eine Flexibilität aufrecht zu erhalten, die auf zukünftige Evaluations- und Forschungsbefunde einerseits und kommende Entwicklungen in der Gesellschaft und im Justizvollzug andererseits Bezug nimmt.

Wenn auch durch die wegweisende und weitsichtige Organisation des Justizvollzugs Zürich und die interdisziplinäre Durchdringung des PPD mit dessen Eingliederung in die Strukturen des Amtes eine wesentliche Voraussetzung für eine effiziente Resozialisierung erfüllt wurde, existieren gleichzeitig Entwicklungsfelder, deren Sichtbarwerdung ebenfalls den beschriebenen Entwicklungen zu verdanken ist.

Während die risikoorientierte Sicht auf Täter im geschlossenen Vollzug erfolgreich umgesetzt erscheint, offenbaren sich zunehmend Schwierigkeiten im Bereich des extramuralen Engagements. Wenn agiert wird, als wäre Risiko eine feste Grösse und nicht auch abhängig von Umfeldbedingungen, so bewirkt dies auf der extramuralen Seite eine Vernachlässigung der reintegrativen Unterstützungsbemühungen, die als essentiell für eine erfolgreiche Wiedereingliederung betrachtet werden müssen. Wünschenswert wäre, dass sich eine selbst-

bewusste forensische Sozialarbeit und Bewährungshilfe diesem Aufgabenfeld vermehrt zuwenden, auch im Wissen darum, dass Rückfälle nicht hinter Mauern, sondern in der Regel jenseits dieser auftreten.

Angesichts der Tatsache, dass bei Ausländern Wegweisungsentscheide häufig keine Rücksicht auf den Stand des Resozialisierungsprozesses nehmen, in der Regel blockierend auf diesen wirken (oder ihn gar abrupt beenden, indem der Täter aus der laufenden Behandlung entfernt wird), ist eine bessere Koordination zwischen Justiz- und Migrationsinstanzen anzustreben.

Der im Kanton Zürich bereits realisierte Gedanke einer über alle Vollzugsphasen hinweg durchgängigen und sequenziellen Konzeption ist erst recht dort vonnöten, wo Täter zwischen verschiedenen Vollzugeinrichtungen wechseln. Nach wie vor präsentiert sich die Situation vielerorts so, dass der einzelne Täter nach einem Institutionswechsel die Behandlung ohne ausreichende Bezugnahme auf bereits erfolgte Entwicklungen quasi von vorne beginnen muss und somit genau jene schädliche Art therapeutischer Redundanz erzeugt wird, die das PPD-Modell zu verhindern sucht.

Die Verortung des PPD als psychologisch-psychiatrische Fachorganisation in der Struktur des Justizvollzugs ist in der Schweiz auch nach 20 Jahren weiterhin ein Einzelfall. Ungeachtet des umfangreichen Leistungsausweises des Zürcher PPD-Modells wurde diese Organisationsform wiederholt kritisiert, etwa mit Bezug auf eine fehlende fachliche Unabhängigkeit, den Persönlichkeits- und Datenschutz oder die «reine psychiatrisch-psychotherapeutische Lehre». Eine Vereinnahmung der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie durch die «repressiven» Zielsetzungen des Justizvollzugs wurde befürchtet, wobei die sachlich-inhaltlichen Belege für diese Befürchtungen ausblieben, da sowohl Patientenrecht, wie auch Datenschutzbestimmung unabhängig von der strukturellen Einbettung und Organisation Gültigkeit besitzen. Tatsache ist, dass die Integration des PPD in die Strukturen des Justizvollzugs immer wieder auch «unbequem» und «beunruhigend» wirkt – und zwar für alle Beteiligten und in durchaus positivem und kreativem Sinne. Erforderlich ist dadurch eine steile Klärung der eigenen Positionen unter Berücksichtigung der real existierenden Praxis im Justizvollzug.

Ein Rückfall in die Zeit vor 1993 ist es auf jeden Fall, wenn die mit einem Täter beschäftigten Fachpersonen mit Bezugnahme auf ihre professionelle Identität nicht miteinander kommunizieren. Erfolgreiche Resozialisierung erfordert den kontinuierlichen Austausch auf Augenhöhe zwischen allen mit dem Täter Befassten, damit aus diesem ein guter Nachbar werden kann.

Literaturverzeichnis

- Andrews D. A., Bonta J., Hoge R. D., Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology, *Criminal Justice and Behavior* 17, 1990, 19–52.
- Becker H. S., *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, 1963.
- Bertschi M., Der Fall Hauert und seine Folgen, Sonderheft Justizvollzug heute, 2019, 20–22.
- Borchard B., Habermann N., Stürm M., Urbaniok F., Anforderungen an Behandlungsteams und Klienten in der stationären Behandlung psychisch gestörter Straftäter. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 163, 1/2012, 19–28.
- Bundesamt für Statistik, Strafvollzugsstatistiken, 2016, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/international/laender.html>.
- Cooper D. G., *Psychiatry and anti-psychiatry*, Paladin, München 1970.
- De Tribolet-Hardy F., Lehner C., Habermeyer E., Forensische Psychiatrie ohne Diagnosen, *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 9, 3/2015, 164–170.
- Endrass J., Rossegger A., Urbaniok F., Zürcher Forensik Studie: Abschlussbericht zum Modellversuch «Therapieevaluation und Prädiktorenforschung», 2007, http://www.zurichforensik.org/1/1_2/2zuercher_forensik_studie.html.
- Engel R., Diversity Management – Entstehung und Nutzen Einführung und grundlegende Thesen, *Integrative Therapie* 35, 2009, 9–22.
- Goffmann E., Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1973.
- Graf M., Habermeyer E., Forensische Psychiatrie ist der Medizin und dem Recht verpflichtet, *Schweizerische Ärztezeitung* 96, 2015, 447–449.
- Kanfer F. H., Saslow G., Verhaltenstheoretische Diagnostik, in: Schulte D (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*, Urban & Schwarzenberg, München 1974, 24–59.
- Kilvinger F., Rossegger A., Arnold O., Urbaniok F., Endrass J., Traumatische Lebensereignisse bei Gewalt- und Sexualstraftätern, *Kriminalistik: unabhängige Zeitschrift für die kriminalistische Wissenschaft und Praxis* 65, 4/2011, 255–261.
- Klemperer D., Qualitätssicherung durch informierte Patienten, in: Klusen N, Fließgarten A, Nebling T. (Eds.), *Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient Beiträge zum Gesundheitsmanagement*, Nomos-Verlag, Baden-Baden 2009, 139–155.
- Lau S., Sachs J., Schweigepflicht in der forensisch-psychiatrischen Behandlung: Mythen und Realität, *Schweizerische Ärztezeitung* 96, 2015, 1331–1333.
- Lehky Hagen M., Aufweichung des Arztgeheimnisses gefährdet öffentliche Sicherheit, *Schweizerische Ärztezeitung* 95, 36/2014, 1311.
- Leitner A., Von der COMPLIANCE zur ADHERENCE, vom INFORMED CONSENT zu respektvollem INFORMED DECISION MAKING. *Integrative Therapie*, 35, 1/2009, 71–86.
- Lemert E. M., *Social pathology: a systematic approach to the theory of sociopathic behavior*, McGraw-Hill, New York 1951.
- Noll T., Praktische Fragen zur Durchführung stationärer Therapien im geschlossenen Strafvollzug nach Art. 59 Abs. 3 StGB, *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht* 132, 2/2014, 143–167.
- Noll T., Borchard B., Graf U., Spiller H., Stürm M., Urbaniok F., Erste Praxiserfahrungen mit stationären Massnahmen nach Art. 59 Abs. 3 StGB, *Aktuelle Juristische Praxis* 5, 2010, 593–598.
- Noll T., Graf U., Stürm M., Urbaniok F., Anforderungen an den Vollzug stationärer Massnahmen in einer geschlossenen Strafanstalt nach Art. 59 Abs. 3 StGB, *Aktuelle Juristische Praxis* 12, 2008, 1553–1559.
- Orlinsky D. E., Howard K. I., Ein allgemeines Psychotherapiemodell, *Integrative Therapie*, 14, 4/1988, 281–308.
- Petzold H. G., Der «Tree of Science» als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*, Schriften zu Theorie, Methodik und Praxis II, 1/1991.
- Rossegger A., Endrass J., Urbaniok F., Vetter S., Maercker A., Vom Opfer zum Täter: Merkmale sexuell missbrauchter Gewalt- und Sexualstraftäter, *Nervenarzt* 82, 7/2011, 866–872.
- Schnyder U., Therapie gewinnt durch Vielfalt – Evidenz versus Kreativität, *Integrative Therapie* 35, 2009, 51–69.
- Seewald K., Rossegger A., Gerth J., Urbaniok F., Phillips G., Endrass J., Effectiveness of a risk-need-responsivity-based treatment program for violent and sexual offenders: Results of a retrospective, quasi-experimental study, *Legal and Criminological Psychology* 23, 1/2018, 85–99.
- Stürm M., Hug V., Christoffel U., Das «Zürcher Modell» der ambulanten Straftäterbehandlung, in: Endrass J., Rossegger A., Urbaniok F., Borchard B. (Eds.), *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie*, Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2012, 350–358.
- Stürm M., Schmalbach S., Rückfallpräventive deliktorientierte Therapie – Standards und Perspektiven moderner Täterbehandlung, *Recht & Psychiatrie* 31, 4/2013, 195–201.
- Suhling S., Endres J., Deliktorientierung in der Behandlung von Straftätern, *RPsych* 2016, 345–371.
- Urbaniok F., Das Zürcher PPD-Modell: Ein modernes Konzept der Zusammenarbeit von Justiz und Psychiatrie, *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 8, 2/2001, 37–67.

- Urbaniok F., Gibt es unbehandelbare Straftäter? in: Dittmann V. (Eds.), Zwischen Mediation und Lebenslang: Neue Wege in der Kriminalitätsbekämpfung, Rüegger, Chur 2002, 149–170.
- Urbaniok F., Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern -Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell, Psychotherapie-Wissenschaft 11, 4/2003, 202–213.
- Urbaniok F., FOTRES – Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System: Diagnostik, Risikobeurteilung und Risikomanagement bei Straftätern, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2016.
- Urbaniok F., Schmalbach S., AIP: Das Zürcher Spezialprogramm zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern, in: Lasar M., Trenckmann U. (Eds.), Persönlichkeit & psychische Erkrankung, PsychoGen-Verlag, Dortmund 2002, 6–18.
- Urbaniok F., Stürm M., Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern, Teil 1: Entstehungsgeschichte und methodische Grundlagen, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 157, 2006a, 103–118.
- Urbaniok F., Stürm M., Das Zürcher «Ambulante Intensiv-Programm» (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern, Teil 2: Spezifische deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 157, 2006b, 103–118.
- Urwyler T., Zur Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei erwachsenen Sexualstraftätern: Implikationen der Evaluationsforschung auf die Verhältnismässigkeit therapeutischer Massnahmen, Schweizerische Zeitschrift für Kriminologie, 2019.
- Ward T., Brown M., The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation, Psychology, Crime & Law 10, 3/2004, 243–257.

Matthias Stürm

*Amt für Justizvollzug
Psychiatrisch-Psychologischer Dienst,
Kanton Zürich
Hohlstrasse 552
8090 Zürich
matthias.stuerm@ji.zh.ch*

Angelika Oberhauser

*Amt für Justizvollzug
Psychiatrisch-Psychologischer Dienst,
Kanton Zürich
Hohlstrasse 552
8090 Zürich
angelika.oberhauser@ji.zh.ch*

Stefan Schmalbach

*Amt für Justizvollzug
Psychiatrisch-Psychologischer Dienst,
Kanton Zürich
Hohlstrasse 552
8090 Zürich
stefan.schmalbach@ji.zh.ch*