



Empfehlungen für den Vollzug stationärer Maßnahmen nach Art. 59 StGB in forensisch-psychiatrischen Kliniken

Konsensuspapier einer interprofessionellen Arbeitsgruppe der SGFP

H. Hachtel^{1,2} · N. Brackmann³ · G. Ege⁴ · A. Fritz-Wieacker⁵ · C. Fuchs¹ · M. Graf^{1,2} · E. Habermeyer³ · E. Hollerbach⁶ · D. Hubl⁷ · M. Klassen⁸ · C. Thomas-Hund⁹ · S. Rogge¹ · T. Stürm¹⁰ · T. Urwyler⁴ · I. Franke^{11,12}

Eingegangen: 9. Januar 2025 / Angenommen: 20. Februar 2025
© The Author(s) 2025

Zusammenfassung

Stationäre therapeutische Maßnahmen nach Art. 59 StGB des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) dienen in erster Linie der Senkung des Rückfallrisikos einer Person, wobei unter anderem der Zusammenhang zwischen schwerer psychischer Störung und Anlassdelikt eine Voraussetzung ist. Die Schweizer Gesellschaft für Forensische Psychiatrie (SGFP) setzte eine interprofessionelle Arbeitsgruppe mit Fachpersonen aus den Bereichen forensische Psychiatrie und Psychologie sowie Rechtswissenschaft ein, um Empfehlungen für alle am Vollzug von stationären therapeutischen Maßnahmen in forensisch-psychiatrischen Kliniken beteiligten Fachpersonen zu erarbeiten. Gemäß Vollzugsverlauf von Einweisung bis zur Entlassung sollen die Empfehlungen einen Überblick über die Rahmenbedingungen des Vollzugs bieten und die für die Erreichung der Maßnahmenziele erforderlichen Behandlungselemente beschreiben. Neben rechtlichen Gegebenheiten werden strukturelle Grundsätze, störungs- und kontextspezifische Behandlungsbesonderheiten, sowie Aspekte der Risikobeurteilung und Behandlungsplanung aufgegriffen. Überlegungen zu Effektivitätsnachweisen, Ausblick und die Formulierung offener Fragen schließen die Empfehlungen ab, die zum Ziel haben, Behandlungsbedingungen zu vereinheitlichen und fachlich begründete Orientierung zu geben.

Schlüsselwörter Forensische Psychiatrie · Stationäre Behandlung · Rechtliche Rahmenbedingungen · Behandlungsplanung · Risikomanagement

✉ H. Hachtel, PD Dr. med.
henning.hachtel@upk.ch

¹ Klinik für Forensik, UPK Basel, Basel, Schweiz

² Medizinische Fakultät, Universität Basel, Basel, Schweiz

³ Forensische Psychiatrie, PUK Zürich, Zürich, Schweiz

⁴ Rechtswissenschaftliche Fakultät, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

⁵ Praxis Fritz-Wieacker, Basel, Schweiz

⁶ Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Dienste Solothurn, Solothurn, Schweiz

⁷ UPD Bern, Bern, Schweiz

⁸ Forensische Psychotherapie, Psychiatrische Dienste Thurgau, Münsterlingen, Schweiz

⁹ Forensik, Psychiatrie St. Gallen, Wil, Schweiz

¹⁰ Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Zürich, Schweiz

¹¹ Zentrum für Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Dienste Graubünden, Cazis, Schweiz

¹² Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

Recommendations for the enforcement of inpatient therapeutic measures according to Article 59 of the Criminal Code in forensic psychiatric hospitals

Consensus paper of an interprofessional working group of the Swiss Society for Forensic Psychiatry

Abstract

Inpatient therapeutic measures in accordance with Art. 59 of the Swiss Criminal Code (StGB) primarily serve to reduce a person's risk of reoffending, whereby the connection between a serious mental disorder and the underlying offense is a prerequisite. The Swiss Society of Forensic Psychiatry (SGFP) set up an interprofessional working group with specialists from the fields of forensic psychiatry, psychology and law to draw up recommendations for all professionals involved in the implementation of inpatient therapeutic measures in forensic psychiatric clinics. The recommendations are intended to provide an overview of the general conditions of detention and describe the treatment elements required to achieve the objectives of the measures. In addition to legal conditions, structural principles, disorder- and context-specific treatment characteristics, aspects of risk assessment and treatment planning are addressed. Considerations on proof of effectiveness, the outlook and the formulation of open questions conclude the recommendations, which aim to standardize treatment conditions and provide professionally substantiated orientation.

Keywords Forensic psychiatry · Inpatient treatment · Legal framework · Therapy planning · Risk management

1. Einleitung

Nach der Veröffentlichung des Konsensuspapiers der interdisziplinären Task Force der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug im Jahr 2017 (Müller et al.) wurde 2021 von der Schweizer Gesellschaft für Forensische Psychiatrie (SGFP) eine interprofessionelle Arbeitsgruppe mit Fachpersonen aus den Bereichen forensische Psychiatrie und Psychologie sowie Rechtswissenschaft eingesetzt, um Empfehlungen für den Vollzug stationärer Maßnahmen in psychiatrischen Kliniken in der Schweiz zu erarbeiten. Die deutschen Empfehlungen für die Behandlung im Maßregelvollzug wurden dabei als Basis verwendet. Gleichzeitig wurde die in der Literatur zu findende Kritik an den deutschen Standards (Kröber 2018), soweit möglich, berücksichtigt. Aufgrund von institutionellen und kantonalen Besonderheiten der Ausgestaltung des Vollzugs konnten jedoch nicht alle relevanten Aspekte aufgegriffen werden (z.B. Umgang mit Regelverstößen, Lockerungskonzepte, interne Qualifikation von Mitarbeitenden).

In der Zwischenzeit wurde zudem im Jahr 2022 von Vertretern des Justizvollzuges und der Forensischen Psychiatrie eine Projektgruppe zum Thema „Privatisierung im Justizvollzug“ gegründet; diese hat u. a. die Definition von Struktur- und Prozessqualität für stationäre forensisch-psychiatrische Einrichtungen zur Aufgabe.

Die vorliegenden Empfehlungen richten sich an alle am Vollzug von stationären therapeutischen Maßnahmen beteiligten Fachpersonen. Der Aufbau orientiert sich am Vollzugsverlauf (Einweisung – Behandlung – Entlassung). Sie sollen einen Überblick über die Rahmenbedingungen des Vollzugs bieten und die für die Erreichung der Maßnah-

menziele erforderlichen Behandlungselemente beschreiben, aber auch Herausforderungen des Status quo benennen. Die Empfehlungen bilden den Kenntnisstand zum Zeitpunkt ihrer Erstellung ab und bedürfen der regelmäßigen Aktualisierung. Komplementär wird auf die aktuellen Fassungen nationaler und internationaler Leitlinien für die Behandlung psychischer Störungen und die Empfehlungen bezüglich Personalschlüssel in der (forensischen) Psychiatrie verwiesen (DGPPN 2019). Die Besonderheiten des Vollzugs in nichtklinischen Institutionen des Maßnahmenvollzugs werden nachfolgend nicht adressiert, weil sich diese Einrichtungen konzeptuell erheblich von Kliniken unterscheiden.

Es ist ferner festzuhalten, dass für in der forensischen Psychiatrie tätige Fachpersonen grundsätzlich dieselben ethischen und professionellen Empfehlungen wie im allgemeinpsychiatrischen bzw. -medizinischen Kontext gelten. Die etablierten medizinethischen Prinzipien – Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, Vermeidung von Schaden für den Patienten, Förderung des Patientenwohls und (soziale) Gerechtigkeit (Childress 2001) können aber nicht unabhängig vom Zwangskontext der Behandlung interpretiert und angewendet werden. Die Fachpersonen bewegen sich in ihrem beruflichen Handeln in einem Spannungsfeld zwischen Patientenwohl und öffentlicher Sicherheit. Dabei können sowohl auf individueller, institutioneller als auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ethische Konflikte entstehen, wenn sich Patientenwohl, Selbstbestimmungsrecht, Fürsorgepflicht und Sicherheitsüberlegungen als konkurrierende Ziele bei der Behandlungsplanung herausstellen. Die Fachpersonen sind zudem zur Einhaltung der für ihren Fachbereich geltenden Berufsordnungen verpflichtet. Diese dienen dem Schutz des besonderen Vertrauensverhältnisses in ärztlich-psychotherapeutischen Behandlungen, der Sicherstellung

der medizinischen Versorgungsqualität und der Wahrung professionellen Verhaltens (z.B. Genfer Deklaration des Weltärztebundes (WMA)¹, Standesordnung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)², Berufsordnung der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP)³ und Ethikkodex des International Council of Nursing (ICN)⁴).

Soweit möglich, wurde im folgenden Text auf eine geschlechtergerechte Bezeichnung geachtet (z.B. behandelnde, ärztliche oder psychotherapeutische Fachperson(en) und eingewiesene(n) Person(en)). Von dem Begriff der Prognose wurde Abstand genommen, weil er eine unzutreffende Dichotomie der Aussage zu Rückfälligkeit impliziert. An seine Stelle tritt der Begriff der Risikobeurteilung (Identifikation von in der Gegenwart vorliegenden Risikomerkmalen).

2. Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 Anordnung einer stationären therapeutischen Maßnahme nach Art. 59 StGB

Die Maßnahmen nach Art. 56 ff. des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) bilden neben den Strafen (Freiheitsstrafe, Geldstrafe, Busse) die zweite Spur des strafrechtlichen Sanktionenrechts in der Schweiz. Sie dienen in erster Linie der Senkung des Rückfallrisikos einer Person und gelangen dann zur Anwendung, wenn die Strafe allein keine genügende Senkung dieses Risikos herbeizuführen vermag (Art. 56 Abs. 1 lit. a StGB), die spezifischen Maßnahmenvoraussetzungen vorliegen (Art. 59–61, 63 und 64 StGB) und sich die Anordnung als verhältnismäßig erweist (Art. 56 Abs. 2 StGB).

Voraussetzung für die Anordnung sowie die Weiterführung einer stationären Maßnahme nach Art. 59 StGB sind folgende Merkmale:

- Begehen einer strafrechtlichen Anlasstat in Form eines Vergehens oder Verbrechens (Art. 59 Abs. 1 lit. a StGB).
- Vorliegen eines rechtserheblichen Rückfallrisikos (Art. 59 Abs. 1 lit. b StGB).
- Vorliegen einer schweren psychischen Störung (Art. 59 Abs. 1 StGB).
- Zusammenhang zwischen schwerer psychischer Störung und Anlassdelikt (Art. 59 Abs. 1 lit. a StGB).

- Zusammenhang zwischen psychischer Störung und Rückfallrisiko (Art. 59 Abs. 1 lit. b StGB).
- Positive Behandlungsprognose: Es müssen im Zeitfenster von max. 5 Jahren (Gerichte können kürzere Dauern anordnen) hinreichend konkrete Erfolgsaussichten für die Behandlung bestehen.
- Verhältnismäßigkeit der Anordnung (Art. 56 Abs. 2 StGB): Neben der Maßnahmeneignung müssen mildere Mittel wie z.B. die ambulante Behandlung ausgeschlossen werden können (Art. 56a Abs. 1 StGB), und die Maßnahmenanordnung muss der verurteilten Person zumutbar sein (Art. 56 Abs. 2 StGB; Abwägung zwischen öffentlichem Interesse und Freiheitsinteressen der betroffenen Person).
- Vorhandensein einer geeigneten Einrichtung (Art. 56 Abs. 5 StGB): Stationäre Maßnahmen nach Art. 59 StGB können dabei in (offenen oder geschlossenen) psychiatrischen Einrichtungen (Kliniken und Wohnheime), Maßnahmenvollzugseinrichtungen oder in geeigneten geschlossenen Abteilungen von Strafanstalten vollzogen werden (Art. 59 Abs. 3 StGB).
- Sämtliche dieser Voraussetzungen müssen während des gesamten stationären Maßnahmenvollzugs erfüllt sein, ansonsten ist die Maßnahme aufzuheben (Art. 56 Abs. 6 StGB). Die Maßnahme nach Art. 59 StGB darf mit anderen Worten nie nur zur bloßen Sicherung einer Person mit erhöhtem Rückfallrisiko aufrechterhalten werden (das wäre Aufgabe der Verwahrung nach Art. 64 StGB); vielmehr legitimiert sie sich erst durch eine positive Behandlungsprognose (BGer, 28.06.2018, 6B_347/2018, E. 4.1.2).

Wenn sowohl die Voraussetzungen für eine Strafe als auch für eine Maßnahme erfüllt sind, ordnet das Gericht beide Sanktionen an, wobei der Vollzug einer stationären Maßnahme einer zugleich ausgesprochenen vollziehbaren Freiheitsstrafe vorausgeht (Art. 57 StGB). Rechtliche Vorgaben für die Ausgestaltung einer stationären therapeutischen Maßnahme finden sich im materiellen Strafrecht, den Rechtsgrundlagen der Konkordate⁵, im Konzept des risikoorientierten Sanktionenvollzugs⁶ (ROS) sowie in den vollzugsrechtlichen Erlassen der Kantone. Darüber hinaus ergeben sich Vorgaben aus der Bundesverfassung sowie aus dem direkt anwendbaren Völkerrecht (Europäische Menschenrechtskonvention, Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte, Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen etc.).

Im Regelfall wird eine stationäre Maßnahme direkt im Anlassurteil angeordnet (d.h. im Urteil, in dem das Gericht über Tatbestandsmäßigkeit, Rechtswidrigkeit, Schuld

¹ www.aapl.org/ethics.htm.

² <https://www.fmh.ch/files/pdf7/standesordnung-fmh.pdf>.

³ https://www.psychologie.ch/sites/default/files/media-files/2019-07/rz_19fsp_berufsordnung_4sprachig_web.pdf.

⁴ https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0_0.pdf.

⁵ <https://www.konkordate.ch/>.

⁶ <https://www.rosnet.ch/>.

und Sanktionierung hinsichtlich eines vorgeworfenen Sachverhalts entscheidet). Stationäre Maßnahmen können allerdings auch nachträglich angeordnet werden. Erstens besteht diese Option, wenn eine andere therapeutische Maßnahme nach Art. 56 ff. StGB nicht erfolgreich durchgeführt werden konnte und für eine stationäre Maßnahme (Art. 59 StGB) hinreichende Erfolgsaussichten bestehen (Art. 62c Abs. 3, 4 und 6 StGB sowie Art. 63b Abs. 5 StGB). Zweitens besteht mit Art. 65 Abs. 1 StGB die Möglichkeit einer nachträglichen Anordnung einer Maßnahme nach Art. 59 StGB, wenn die Person im Anlassurteil ausschließlich zu einer Freiheitsstrafe und/oder zu einer Verwahrung verurteilt wurde.

Schließlich ist der Antritt einer stationären Behandlung auch schon vor Abschluss des Verfahrens möglich. Diese Möglichkeit besteht für eine inhaftierte beschuldigte Person in Untersuchungs- oder Sicherheitshaft gemäß Art. 236 StPO (Voraussetzung: Gesuch der beschuldigten Person und Bewilligung der Verfahrensleitung). Erforderlich ist, dass zu erwarten ist, dass die Person zu einer unbedingten Freiheitsstrafe verurteilt bzw. eine stationäre Maßnahme angeordnet wird, und dass der Stand des Untersuchungsverfahrens den vorzeitigen Vollzug erlaubt. Auch wenn der vorzeitige Vollzug durch die zeitnahe Einleitung einer störungsspezifischen Behandlung vorteilhaft sein kann, muss berücksichtigt werden, dass in diesem Kontext eine deliktpräventive Behandlung erfolgen soll, ohne dass ein rechtskräftiges Urteil besteht bzw. die Tatbestände gerichtlich festgestellt wurden. Dies kann neben strafprozessualen Herausforderungen auch Hürden für den Behandlungsprozess generieren (z. B. Thematisierung des ggf. noch umstrittenen Tatvorwurfs).

2.2 Beendigung der stationären therapeutischen Maßnahme

Im Vollzug einer Maßnahme nach Art. 59 StGB ist jährlich zu überprüfen, ob eine bedingte Entlassung erfolgen kann, oder ob die Maßnahme aufzuheben ist (Art. 62d Abs. 1 StGB). Im Fall der bedingten Entlassung wird eine Probezeit von einem bis 5 Jahren festgesetzt (Art. 62 Abs. 2 StGB), die um weitere ein bis 5 Jahre gerichtlich verlängert werden kann (Art. 62 Abs. 4 StGB). Liegt der Verurteilung eine Straftat im Sinne von Art. 64 StGB zugrunde, kann die Probezeit, so oft wie nötig, verlängert werden (Art. 62 Abs. 6 StGB), sofern sich dies im Hinblick auf das Verhältnismäßigkeitsprinzip legitimieren lässt. Während der Dauer der bedingten Entlassung bestehen die Möglichkeiten der Verpflichtung zu einer ambulanten Behandlung, der Erteilung von Weisungen und der Anordnung von Bewährungshilfe (Art. 62 Abs. 3 StGB). Bewährt sich eine Person während der Probezeit, und ist eine Verlängerung der Probezeit mit Blick auf das verbleibende Rückfallrisiko nicht erforderlich, gilt die Maßnahme als erfolgreich abgeschlossen

(Art. 62b Abs. 1 StGB). Besteht zu diesem Zeitpunkt eine Reststrafe (der mit der Maßnahme verbundene Freiheitsentzug wird an die Strafe angerechnet, Art. 57 Abs. 3 StGB), wird diese nicht mehr vollzogen (Art. 62b Abs. 3 StGB). Erfolgt in dem durch das Anlassurteil festgelegten Zeitrahmen von Art. 59 StGB keine bedingte Entlassung, kann das Gericht auf Antrag der Vollzugsbehörde die Maßnahme jeweils um bis zu 5 Jahre verlängern (Art. 59 Abs. 4 StGB), sofern die Voraussetzungen für die Maßnahme noch erfüllt sind, wobei in diesem Zusammenhang dem Verhältnismäßigkeitsprinzip Rechnung zu tragen ist (Verlängerung als Ausnahmefall).

2.3 Schweige- und Meldepflichten sowie Melderechte

Die an der Behandlung beteiligten Fachpersonen unterliegen dem Berufsgeheimnis (Art. 321 StGB), dem Amtsgeheimnis (Art. 320 StGB) sowie den Schweigepflichten der jeweiligen kantonalen Gesetzgebung. Die Offenbarung von geheimen Informationen gegenüber nicht an der Behandlung beteiligten Dritten bedarf somit einer entsprechenden Berechtigung. Im Rahmen des Berufsgeheimnisses legitimiert die Einwilligung der eingewiesenen Person (Art. 321 Ziff. 2 StGB) die Informationsweitergabe. Sodann kann im Rahmen des Amts- und Berufsgeheimnisses die Einwilligung bzw. Bewilligung der vorgesetzten Behörde ein Offenbaren erlauben (Art. 320 Ziff. 2 StGB, Art. 321 Ziff. 2 StGB). Schließlich kann eine Berechtigung zur Offenbarung aus anderen gesetzlichen Normen fließen. Dazu gehören namentlich gesetzliche Meldepflichten oder Melderechte, die überwiegend kantonal geregelt sind (z. B. in den jeweiligen Gesundheitsgesetzen).

Behandelnde Personen und Institutionen sollten in ihrem Kanton ihre Auskunft- und Berichtspraxis auf eine juristische Abklärung stützen, die beantwortet, in welchen Situationen und gestützt auf welche Grundlage (Einwilligung, gesetzliche Grundlage etc.) sie geheimnisgeschützte Inhalte an Dritte kommunizieren dürfen. Dieses Wissen sollte allen behandelnden Personen bei ihrem Wirken zur Verfügung stehen. Ungeachtet der rechtlichen Zulässigkeit eines Offenbarens gilt: Sämtliche Kommunikation von personenbezogenen Daten, die nicht auf Basis einer Einwilligung, sondern einer anderen gesetzlichen Grundlage erfolgt, ist der eingewiesenen Person vorgängig transparent zu machen. Es ist mit anderen Worten wichtig, dass der betroffenen Person vor der Behandlung mitgeteilt wird, in welchen Situationen geheimnisgeschützte Informationen offenbart werden können. So können negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung abgemildert oder vermieden werden.

Die Weitergabe von Informationen über den Behandlungsverlauf im Rahmen der jährlichen Therapieberichte

stattung ist in den kantonalen Justizvollzugsgesetzen und -verordnungen geregelt.

2.4 Dokumentationspflicht

Die Krankengeschichte, d.h. sämtliche Untersuchungsbeefunde, diagnostische und therapeutische Maßnahmen (einschließlich der Aufklärung darüber), sowie diagnostische und risikorelevante Überlegungen und Beurteilungen sind gemäß den geltenden Rechtsgrundlagen zu dokumentieren. Namentlich sind Zwangsmaßnahmen, besondere Sicherungsmaßnahmen und Disziplinarmaßnahmen, einschließlich Anhörung der eingewiesenen Person und Rechtsmittelbelehrungen, zu dokumentieren.

Die meisten Einrichtungen verfügen inzwischen über eine elektronische Krankengeschichte, in der auch die vollzugsrelevanten Dokumente (Gutachten, Urteil(e), Verfügungen etc.) abgelegt werden. Aus der Dokumentationspflicht ergibt sich, dass alle in die Behandlung involvierten Berufsgruppen die relevanten therapeutischen Interventionen und Befunde in ausgewogenem Umfang dokumentieren müssen, und dass ein regelmäßiger Informationsaustausch anzustreben ist.

Angesichts der Diversität der einschlägigen Rechtsgrundlagen bietet es sich an, dass die Umsetzung der Dokumentationspflicht auf eine juristische Abklärung gestützt wird; deren Ergebnisse sind den behandelnden Personen in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen. Diese Abklärung sollte über die Dokumentationspflicht hinaus kantonalrechtlichen Pflichten zur Archivierung (z.B. auf Basis von kantonalen Archivgesetzen) Rechnung tragen.

2.5 Akteneinsicht

Die für die Akteneinsicht maßgeblichen Rechtsgrundlagen sind je nach Kontext zu differenzieren: Für die im verfahrensrechtlichen Kontext erhobenen Beweise (z.B. Gutachten) ist die jeweils anwendbare Prozessordnung maßgeblich (im Strafverfahren Art. 101 f. StPO; in vollzugsrechtlichen Verfahren je nach kantonaler Regelung auch die verwaltungsverfahrenrechtlichen Erlasse). Gesuche um Einsicht in die Verfahrensakten sind folglich der Verfahrensleitung einzureichen. Darüber hinaus haben eingewiesene Personen außerhalb des Verfahrens das Recht auf Akteneinsicht in die Krankengeschichte, wobei die einschlägigen Erlasse je nach Kanton divergieren (z.B. kantonale Patienten- und Datenschutzgesetze). Aufgrund der Regelungsdiversität drängt es sich auf, dass die Einrichtungen juristische Abklärungen tätigen, damit Klarheit herrscht, welche konkreten rechtlichen Rahmenbedingungen in ihrem Kanton gelten (Grundlagen der Akteneinsicht, mögliche Einschränkungsgründe, zuständige Behörde für Einsichtsgesuche etc.). Die darin erzielten Erkenntnisse sind sowohl dem Personal der Ein-

richtung als auch den einsichtsinteressierten Personen in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen.

3. Strukturelle Rahmenbedingungen

3.1 Grundsätze

Der Gesetzgeber hat bis dato nur rudimentäre Mindestanforderungen für Institutionen, die Maßnahmen nach Art. 59 StGB vollziehen, formuliert. Aus der Rechtsprechung ergibt sich immerhin, dass die betreffenden Institutionen über adäquate räumliche Einrichtungen sowie angemessen geschultes Fachpersonal verfügen müssen, wobei die fachliche Aufsicht durch ärztliches Personal zu gewährleisten ist (BGer, 24.09.2015, 6B_94/2015, E. 3.1.2). Ebenso ist zu gewährleisten, dass eine gewisse therapeutische Intensität hinsichtlich Stundenfrequenz und Konfrontationsdichte erreicht wird (BGer, 27.06.2013, 6B_625/2012, E. 4.3).

Aus den benannten Rechtsprechungslinien fließen indes kaum fassbare Kriterien. Für die strukturellen Rahmenbedingungen des Vollzugs (z.B. Personalqualifikation) bestehen teilweise spezifische konkordatische oder kantonale Vorgaben. Immerhin lässt sich aus den Leitprinzipien des Vollzugs deduzieren, dass die Konzepte der Einrichtungen die (teils konkurrierenden) Ziele der Normalisierung, Entgegenwirkung, Fürsorge und Sicherheit in ein ausgewogenes Verhältnis bringen müssen.

Setting, Milieu und Therapieprogramm sind auf die unterschiedlichen Behandlungsbedürfnisse der Zielgruppen gemäß Art. 59 StGB auszurichten. Die Unterbringung kann sowohl auf Stationen mit allen Geschlechtern als auch auf geschlechtsspezifischen Stationen (z.B. reine Spezialstationen für Frauen) erfolgen.

3.2 Personalausstattung und Qualifikation des Behandlungspersonals

Der Stellenschlüssel und die erforderlichen Qualifikationen sind pro Berufsgruppe so festzulegen, dass sowohl eine leitlinienkonforme störungsspezifische Behandlung gemäß Konzept gewährleistet ist als auch den Sicherheitsanforderungen der Institution entsprochen werden kann. Es sollte zudem ein ausgewogenes und an die Behandlungsbedürfnisse der eingewiesenen Personen angepasstes Geschlechterverhältnis der Mitarbeitenden angestrebt werden.

Für alle im Maßnahmenvollzug tätigen Fachpersonen sind neben den berufsspezifischen Qualifikationen auch Kenntnisse der juristischen Rahmenbedingungen und Erfahrung in der Risikobeurteilung essenziell. Hierfür können u.a. die folgenden forensisch-psychiatrischen Zusatzqualifikationen erworben werden (nicht abschließend):

- Medizin: fachärztlicher Schwerpunkttitle „FMH Forensische Psychiatrie und Psychotherapie“⁷,
- Psychologie: Fachtitle „Fachpsychologe/Fachpsychologin für Rechtspsychologie FSP“⁸, Zertifikat „Forensische Psychologie SGFP“⁹,
- Pflegefachpersonen: CAS-Studiengang Forensik, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW¹⁰.

Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen aller Mitarbeitenden zu forensisch-psychiatrischen Themen sollen von den Arbeitgebern sowohl mit zeitlichen als auch finanziellen Mitteln unterstützt und gefördert werden.

3.3 Baulich-räumliche Ausstattung

Die allgemeine Sicherung (Außenhülle bzw. Perimetersicherung) ist so zu konzipieren, dass sowohl die Sicherheitsstandards der Klinik als auch die spezifischen Behandlungsbedürfnisse der eingewiesenen Personen berücksichtigt sind. Gleiches gilt für die Abteilungsgrößen. Es sind geeignete Kriseninterventionsräume, Notrufsysteme sowie ggf. in ausgewiesenen Bereichen eine Kameraüberwachung zu installieren. Zudem sind sowohl bauliche als auch einrichtungstechnische Maßnahmen zu Suizid- und Gewaltprävention vorzusehen. Zusätzlich muss ein angemessen großer und entsprechend ausgestatteter Außenbereich zur Verfügung stehen.

Die Unterbringung ist in Einzel- oder Mehrbettzimmern möglich und richtet sich nach den individuellen Behandlungsbedürfnissen unter Berücksichtigung der Mindestvorgaben für die Raumgröße. Das *Handbuch für Bauten des Straf- und Massnahmenvollzugs* des Bundesamtes für Justiz weist aus, dass die Zellenmindestgrößen 12 m², inkl. Nasszone, für Einzelzellen, 18 m², inkl. Nasszone, für Doppelzellen und 24 m², inkl. Nasszellen, für Dreifachzellen betragen. In den Mehrfachzellen müssen die Nasszellen entsprechend abgetrennt werden. Es gilt zu erwähnen, dass die Unterbringung in der Regel in Einzelzellen zu erfolgen hat. Für Langzeithaftierte und Verwahrte sollten die Zellen größer (18 m²) gestaltet werden (Bundesamt für Justiz 2023).

Die Gestaltung der allgemein zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten soll sich möglichst an der außerklinischen Alltags- und Lebensrealität orientieren (Normalisierungsprinzip). Hierzu gehört neben dem Zugang zu Räumen des täglichen Bedarfs (z. B. Küche, Waschküche) auch die Mög-

lichkeit, an Beschäftigungsangeboten sowie an Sport- und Freizeitaktivitäten teilzunehmen.

3.4 Fallführung (klinisches Case Management)

Aufgaben der fallführenden Person sind die Koordination und Sicherstellung der erforderlichen Behandlung und die kontinuierliche Einbindung des multiprofessionellen Teams. Bei der fallführenden Person laufen alle Informationen, welche die eingewiesene Person betreffen, zusammen. Risikomanagement und die Erledigung bzw. Delegation diverser administrativer Aufgaben, wie z. B. die Erstellung von Therapieberichten oder das Einholen von Kostengutsprachen gehören ebenso zur Fallführung wie der Austausch mit den involvierten Behörden. Die Fallführung kann von Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen (Medizin, Psychologie, Pflege, Sozialarbeit) übernommen werden, wird in der Praxis aber häufig dem psychologischen oder ärztlichen Fachpersonal zugewiesen.

3.5 Sicherheitsaspekte und Sicherheitskonzept

Neben den baulichen und infrastrukturellen Sicherheitsaspekten sind die sicherheitsrelevanten organisatorischen und prozessualen Abläufe in einem Sicherheitskonzept festzulegen und die Mitarbeitenden entsprechend zu schulen. Alarmierungs- und Überwachungsmaßnahmen sind zu beschreiben. Für außergewöhnliche Krisen (Brandereignisse, Evakuierungen, Geiselnahme, Amok, Vorgehen bei Ausbrüchen, Gewaltereignisse, Energiemangellage und damit einhergehende längerfristige Stromausfälle etc.) sind Vorgehensweisen unter Berücksichtigung kantonaler Regelungen (z. B. Brandschutzvorschriften) festzulegen und sowohl an die Mitarbeitenden als auch an relevante Schnittstellenpartner (andere Behörden etc.) zu kommunizieren.

3.6 Qualitätssicherung

Kernprozesse betreffend Behandlung, Sicherheit und Zusammenarbeit mit den Behörden sind nach anerkannten Qualitätsmanagementverfahren (z. B. European Foundation for Quality Management (EFQM), International Standardization Organisation (ISO)) zu erstellen.

Klinikübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen werden vom nationalen Spitzenverband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen H+ in der Allgemeinpsychiatrie im Rahmen von sog. interprofessionellen Reviews angeboten. Dabei werden Prozesse und Schnittstellen anhand von Patientenakten analysiert, um Muster in Behandlungsabläufen und möglichen Verbesserungsbedarf zu erkennen. Im Zentrum steht dabei der kollegiale Dialog mit einem Expertenteam aus verschiedenen klinischen Einrichtungen. Ähnliche Netzwerke sind

⁷ <https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharzttitle-und-schwerpunkte/psychiatrie-und-psychotherapie.cfm>.

⁸ <https://www.rechtspsychologie.ch/de/fachtitle>.

⁹ <https://www.swissforensic.ch/forensische-psychologie/weiterbildung/curriculum>.

¹⁰ <https://www.fhnw.ch/de/weiterbildung/wirtschaft/cas-forensik>.

für forensisch-psychiatrische Kliniken zu etablieren. Zudem sind klinikspezifisch regelmäßige Super- und Interventionen der Behandlungen und der Teamprozesse vorzusehen.

Gesetzlich vorgeschriebene Parameter, welche an die zuständige kantonale Gesundheitsdirektion oder den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) geliefert werden müssen, beinhalten u. a. die Ergebnisse der Health-of-the-Nation-Outcome-Scales (HoNOS)-Erhebungen, die bezüglich des Aspekts einer allfälligen Risikominderung für strafrechtlich relevantes Verhalten jedoch nur bedingt Aussagekraft besitzen (Shinkfield und Ogloff 2016) und nicht für den forensischen Kontext, sondern hinsichtlich Möglichkeiten des interinstitutionellen Benchmarkings konzipiert wurden.

4. Behandlung

4.1 Forensische Bedeutung psychischer Störungen

Eingewiesene Personen mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Spektrum bilden die größte Gruppe im stationären Maßnahmenvollzug in forensisch-psychiatrischen Kliniken. Das klinische Bild sowie die häufig störungsspezifischen Deliktdynamiken dieser diagnostischen Gruppe unterscheiden sich grundlegend von anderen forensisch-psychiatrisch relevanten Störungsbildern wie Persönlichkeitsstörungen und Paraphilien. Aufgrund der besonders tiefgreifenden psychopathologischen Alterationen bei schizophrenen Erkrankungen ist bei dieser Diagnosegruppe die Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit bei tatzeitbezogener Symptompräsentation nicht selten vollständig aufgehoben, was in Schuldunfähigkeit resultiert. Bei Straftätern mit Persönlichkeitsstörungen und Paraphilien qualifiziert die psychopathologische Symptomlast demgegenüber nur in Ausnahmefällen für eine erhebliche Beeinträchtigung der Einsichts- bzw. Steuerungsfähigkeit.

Aufgrund der unterschiedlichen Behandlungsbedürfnisse schizophrener Straftäter einerseits und persönlichkeitsgestörter bzw. sexuell devianter Straftäter andererseits stehen in der Schweiz auf die jeweiligen Störungsbilder spezialisierte Behandlungsinstitutionen zur Verfügung: Forensisch-psychiatrische Kliniken konzentrieren sich auf die Behandlung schizophrener Straftäter, während solche mit Persönlichkeitsstörungen und/oder Paraphilien überwiegend in Justizvollzugsanstalten und Maßnahmenvollzugseinrichtungen therapiert werden. Dennoch ergibt sich mitunter die Notwendigkeit der Einweisung in eine forensisch-psychiatrische Klinik, beispielsweise bei relevanten Komorbiditäten, für eine medikamentöse Einstellung oder wenn das Funktionsniveau der eingewiesenen Person mit den Anforderungen einer nichtklinischen Vollzugseinrichtung inkompatibel ist. Eingewiesene Personen mit anderen

psychiatrischen Diagnosen sind nur zu einem geringen Prozentsatz im stationären Maßnahmenvollzug vertreten (Weber et al. 2015).

4.2 Störungsspezifische Behandlungsaspekte

4.2.1 Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind schwere psychische Störungen, wobei die Schizophrenie weltweit eine Prävalenz von ca. 1 % hat. Sie betrifft Männer und Frauen in gleichem Maße, Frauen weisen allerdings durchschnittlich einen späteren Krankheitsbeginn als Männer auf. Schizophrenien zeigen ein komplexes klinisches Erscheinungsbild und haben eine multifaktorielle Ätiologie (McCutcheon et al. 2020). Sie sind durch positive und negative Symptome gekennzeichnet. Zu den Positivsymptomen gehören insbesondere Halluzinationen, Ich-Störungen und inhaltliche Denkstörungen (häufig in Form eines paranoiden Wahns). Die Negativsymptome umfassen u. a. eine Verflachung des Affekts, Anhedonie, eine Einschränkung von Willenskraft und Antrieb und sozialen Rückzug.

In der Behandlung besonders zu berücksichtigende Aspekte sind komorbide substanzbezogene Störungen, Dissozialität (als prämobiler Persönlichkeitszug oder im Gefolge krankheitsbedingter psychosozialer Desintegration), aber auch unterdurchschnittliche Intelligenz. Diese Faktoren können die Behandlung und Rehabilitation u. U. herausfordernd gestalten.

Personen mit einer Störung aus dem schizophrenen Spektrum haben im Durchschnitt ein um den Faktor 5 erhöhtes Gewaltrisiko (Fazel et al. 2009). Liegt zudem eine komorbide Substanzproblematik vor, so erhöht sich das Gewaltrisiko nochmals um den Faktor 4 (Swanson et al. 1997; Räsänen et al. 1998; Wallace et al. 2004; Modestin und Wuermle 2005). Schwere Gewaltstraftaten schizophrener Erkrankter ereignen sich nur selten zum Nachteil unbekannter Opfer (Nordström und Kullgren 2003; Hachtel et al. 2021). Insbesondere für nahe Angehörige besteht ein erhöhtes Risiko, Opfer schwerer Gewalttaten zu werden. Ebenfalls besonders gefährdet sind Personen des Helfernetzes (z. B. ärztliches, psychologisches oder pflegendes Fachpersonal) (Joyal et al. 2004; Richard-Devantoy et al. 2016; Hachtel et al. 2021). Trotz des robusten empirischen Zusammenhangs zwischen schizophrenen Erkrankungen und gewalttätigem Verhalten besteht Unklarheit über die Art und Gewichtung der Faktoren, die zu diesem Verhalten führen. Es ist davon auszugehen, dass es sich um ein komplexes, multifaktorielles Geschehen handelt. Besonders Bedeutung kommt den sozialen Rahmenbedingungen zu. Hier unterscheiden sich straffällige Personen mit einer Schizophrenie nicht wesentlich von gesunden straffälligen

gen Personen, allerdings deutlich von nichtgewalttätigen schizophren Erkrankten (Stompe et al. 2006).

Bezüglich Delinquenz bei Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bestehen empirische Befunde für 3 Tätertypologien (Hodgins 1995, 2008; Lau et al. 2019):

- straffällige Personen mit Schizophrenie, frühem Delinquenzbeginn („early starters“, „Typ I“) und einer im Kindesalter beginnenden Störung des Sozialverhaltens, die sowohl vor als auch nach Ausbruch der Schizophrenie dissoziales und aggressives Verhalten zeigen;
- straffällige Personen mit Schizophrenie, ohne Vorgeschichte von Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und mit Delinquenzbeginn erst bei Krankheitsausbruch im Erwachsenenalter („late starters“, „Typ II“);
- schizophrene Spättäter, die nach chronischem Krankheitsverlauf ohne antisoziale oder aggressive Vorgeschichte schwere Gewalthandlungen meist an Bezugspersonen begehen („late late starters“, „Typ III“).

Die leitliniengestützte Behandlung von Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erfordert einen multimodalen Behandlungsansatz, bei dem psychopharmakologische, andere biologische Behandlungsverfahren (wie nichtinvasive Stimulationsverfahren), psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (inkl. Arbeitstherapie und Angehörigenarbeit) kombiniert werden (Gabel et al. 2019). Im stationären Maßnahmenvollzug ist das vorrangige Ziel der störungsspezifischen Behandlung die Reduktion der kriminogenen Risikofaktoren (Hodgins und Müller-Isberner 2004), d.h. nicht die vollständige Symptommfreiheit der eingewiesenen Person, sondern die Verbesserung des Risikoprofils. Das Vorhandensein residualer psychotischer Symptome ist dabei nicht zwingend mit einer ungünstigen Risikobeurteilung verbunden, sofern die Symptome keine Deliktrelevanz aufweisen. Je geringer das psychosoziale Funktionsniveau der betroffenen Person ist, desto wichtiger sind sozialpsychiatrische Betreuungsangebote. In diesem Zusammenhang ist es gleichermaßen anspruchsvoll und wichtig, eingewiesene Personen für die langfristige Inanspruchnahme entsprechender Betreuung – auch über das Maßnahmenende hinaus – zu motivieren, und eine realistische Perspektive mit möglichst hoher Selbstständigkeit und Lebensqualität trotz dauerhafter Funktionsbeeinträchtigungen zu entwickeln.

Die mit dem stationären Maßnahmenvollzug üblicherweise einhergehende lange Unterbringungsdauer ermöglicht eine intensive Behandlung mit (gegenüber der Allgemeinpsychiatrie) höherer Personalkonstanz und einheitlichem Setting. Die Verwendung von antipsychotischen Depotpräparaten und die konsequente Durchführung eines therapeutischen Drug-Monitorings (Schoretsanitis et al. 2018) sind im Rahmen der forensisch-psychiatrischen Be-

handlung besonders wichtig, um eine kontinuierliche und hinreichend dosierte medikamentöse Therapie sicherzustellen. Zur Entwicklung bzw. Stärkung von Adhärenz muss auf von der eingewiesenen Person berichtete und als belastend erlebte Nebenwirkungen der Pharmakotherapie Rücksicht genommen werden. Eine unzureichende medikamentöse Behandlung und eine damit verbundene insuffiziente Remission rückfallrelevanter Psychopathologie wirken sich in der Regel unmittelbar auf die Dauer des Freiheitsentzugs bzw. den individuellen Freiheitsgrad aus.

Komorbiditäten, insbesondere substanzbezogene Störungen, sind bei Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in forensisch-psychiatrischer Behandlung eher die Regel als die Ausnahme. Dies hat u.a. zur Folge, dass die Ergebnisse von psychopharmakologischen Wirksamkeitsstudien, die im Rahmen der allgemeinpsychiatrischen Versorgung durchgeführt wurden, nur mit gewissen Limitationen auf den forensischen Kontext übertragbar sind, denn in den entsprechenden Studien sind Patientencharakteristika, die für forensische Patienten typisch sind (komorbide Substanzkonsumstörung, lange Krankheitsdauer, Multimorbidität, Non-Compliance), regelhaft Ausschlusskriterien. Symptome wie Aggressivität und Hostilität, welche als Outcome-Variablen für die forensische Behandlung bedeutsam wären, werden oft nicht erfasst. Die Übertragung von Erkenntnissen, die an anderen Patientenpopulationen gewonnen werden konnten, ist aber bei gewissen Zielsymptomen wie z. B. unkontrollierter Wut, Impulsivität, unkontrolliert-überschießender Gewalt, emotionaler Labilität oder dysphorischer Gestimmtheit durchaus gerechtfertigt. In diesem Zusammenhang zeigte sich die beste Wirksamkeit bezüglich Aggressionsreduktion für den Wirkstoff Clozapin (Kraus und Sheitman 2005; Brown et al. 2014; Victoroff et al. 2014).

Die Möglichkeit ärztlich begleiteter Absetzversuche der antipsychotischen Medikation ist in der forensisch-psychiatrischen Behandlung kritisch auf ihre Erfolgsaussichten hin zu überprüfen, sollte aber nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Auf der anderen Seite ist Polypharmazie, die trotz fehlender Evidenz ein häufiges Phänomen in forensisch-psychiatrischen Behandlungen ist, zu vermeiden. Deshalb sind eine regelmäßige kritische Prüfung von Wirksamkeit und Indikation der angeordneten Pharmaka sowie ein kontinuierliches Monitoring von unerwünschten Wirkungen und Interaktionspotenzialen erforderlich.

Im Behandlungsverlauf ist ein standardisiertes Symptommonitoring mittels entsprechender Instrumente (z.B. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al. 1987)) empfehlenswert, um Befundveränderungen abbilden zu können. Gerade bei häufigen Medikationswechseln muss aus der Dokumentation ersichtlich werden, wie wirksam die verschiedenen Medikamente waren, welche Neben-

wirkungen sie hatten, und aus welchen Gründen auf ein anderes Präparat gewechselt wurde.

Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen ist insbesondere für Gruppentherapien belegt; sie können zu einer Verbesserung von Negativsymptomen und sozialen Leistungseinbußen führen (Orfanos et al. 2015). Auch Positivsymptomatik kann durch Gruppentherapien günstig beeinflusst werden (Burlingame et al. 2020). Im Maßnahmenvollzug werden u. a. folgende im allgemeinpsychiatrischen Kontext bewährte psychotherapeutische Verfahren und Angebote angewandt, wobei diese individuell in die Behandlungsplanung zu integrieren sind:

- kognitive Verhaltenstherapie,
- kognitive Remediation,
- Psychoedukation,
- Angehörigenarbeit,
- Training sozialer Kompetenzen,
- metakognitives Training,
- Adhärenztherapie.

4.2.2 Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind gemäß ICD-10 gekennzeichnet durch seit dem frühen Erwachsenenalter bestehende maladaptive emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Reaktionsmuster, die stabil und unflexibel sind und in verschiedenen Lebensbereichen auftreten. Im forensischen Kontext dominieren dissoziale, emotional-instabile und narzisstische Persönlichkeitsstörungen (Stompe 2008). Anstelle der bisherigen kategorialen diagnostischen Erfassung von Subtypen wird mit der ICD-11 eine dimensionale Diagnosestellung auf der Basis der Funktionsbeeinträchtigung und des resultierenden Schweregrads favorisiert; das Zeitkriterium für die erforderliche Dauer der Symptomatik wird auf 2 Jahre reduziert. Die weitere Spezifizierung erfolgt mittels 5 sog. Persönlichkeitsmerkmalen. Die Borderline-Störung ist als zusätzliche optionale Kategorie in der Konzeptualisierung der ICD-11 enthalten (Jeung-Maarse und Herpertz 2020). Die damit mögliche Symptomorientierung bei der detaillierten individuellen Beschreibung des Störungsbildes bzw. spezifischer Problembereiche kann für das (forensisch-)therapeutische Vorgehen Vorteile aufweisen (Hauser et al. 2021).

Forensisch-psychiatrische Komorbiditäten von Persönlichkeitsstörungen sind namentlich Störungen der Sexualpräferenz bzw. Paraphilien (Hörburger und Habermeyer 2020), intellektuelle Defizite (Voß 2014) und substanzbezogene Störungen (Köck und Walter 2018); zudem gibt es Überschneidungen zu dem Persönlichkeitskonstrukt der *Psychopathy* (s. unten).

Zentrales Ziel bei der forensisch-psychotherapeutischen Behandlung von eingewiesenen Personen mit Persönlichkeitsstörungen ist die Identifizierung deliktrelevanter dysfunktionaler Denk- und Verhaltensmuster, die im Therapieverlauf gemäß leitliniengestützter Behandlungsprinzipien (z. B. SGPP-Behandlungsempfehlungen für die Borderline-Persönlichkeitsstörung: Euler et al. 2018) und unter Berücksichtigung forensischer Rehabilitationsmodelle (s. unten) verändert werden sollen, wobei vorliegende komorbide Störungen miteinzubeziehen sind. Das therapeutische Vorgehen orientiert sich an den individuellen Möglichkeiten der eingewiesenen Person, und die Behandlung kann im Einzel- und/oder im Gruppensetting durchgeführt werden, wobei im Verlauf grundsätzlich die kombinierte oder sequenzielle Nutzung von Therapieformen mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung sinnvoll sein kann. Insbesondere im Bereich der gruppentherapeutischen Methoden können u. a. auf den forensischen Kontext adaptierte und evaluierte bzw. eigens für die Behandlung von Straftätern entwickelte Behandlungs- und Lernprogramme eingesetzt werden, sofern die Gruppenfähigkeit der eingewiesenen Person gegeben ist:

- Reasoning and Rehabilitation (R&R) Program,
- Dialektisch-Behaviorale Therapie Forensik (DBT-F),
- Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT),
- Schematherapie.

Der Psychopharmakotherapie von Persönlichkeitsstörungen kommt im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans zu meist nur ein flankierender Charakter in Form von symptomorientierter Behandlung oder als störungsspezifische Behandlung komorbider Achse-I-Störungen (z. B. Depression) zu. Es gibt keine für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zugelassenen Medikamente.

4.2.3 Psychopathy

Psychopathy ist ein Persönlichkeitskonstrukt mit hoher forensischer Relevanz. Es ist gekennzeichnet durch eine Konstellation von affektiv-interpersonellen und antisozial-devianten Merkmalen. Das Vorhandensein und der Ausprägungsgrad von *Psychopathy* werden meist mit der von Hare et al. im Rahmen empirischer Untersuchungen entwickelten Psychopathy Checklist (PCL) erfasst, die heute in ihrer revidierten Form, der PCL-R (Hollerbach et al. 2018; Mokros et al. 2017) sowohl als diagnostisches Instrument als auch zur Risikobeurteilung verwendet wird. Alternative Beurteilungsinstrumente, wie z. B. das Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) (Cooke et al. 2012) versuchen, inhärenten Limitationen der PCL-R zu begegnen, sind in der forensischen Praxis bisher aber wenig verankert und untersucht. Es besteht ein enger, allerdings nicht ausschließlicher Bezug von *Psychopathy* zur

dissozialen bzw. zur antisozialen Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Unterform dieses Störungsbildes. Obwohl psychopathische Persönlichkeitseigenschaften im engeren Sinne oft mit Herausforderungen in der Behandlung und im allgemeinen Verhalten einhergehen, was u. a. besonderes Augenmerk auf intransparente und täuschend-manipulative Tendenzen im Rahmen der Beziehungsdynamik erfordert (Mokros und Habermeyer 2013), hat sich der über lange Zeit vertretene Behandlungspessimismus etwas relativiert. Offenbar kann ein Teil von hochgradig psychopathischen Straftätern von einer adäquaten Therapie profitieren (Olver 2022; Olver und Wong 2015; Sewall und Olver 2019; Hauser et al. 2022).

4.2.4 Paraphile Störungen

Paraphilien sind eine heterogene Gruppe von Störungen der Sexualpräferenz, deren Gemeinsamkeit die Verbindung von sexueller Befriedigung mit von der Norm abweichenden Bedingungen ist. Das Muster der atypischen sexuellen Erregung äußert sich in intensiven Gedanken, Fantasien oder dranghaften Verhaltensweisen. Eine Paraphilie wird dann forensisch relevant, wenn Personen einbezogen werden, die in die Handlung nicht eingewilligt haben oder die einwilligungsunfähig sind.

Forensisch relevante paraphile Störungen sind: Pädophilie, Voyeurismus, Sadismus und Exhibitionismus, wobei verschiedene Paraphilien kombiniert auftreten können und häufig Komorbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen und substanzbezogenen Störungen vorkommen. Sexualstraftaten werden jedoch nicht ausschließlich von Personen begangen, die an einer paraphilen Störung leiden (Barroso et al. 2019).

Für die Behandlung besonders herausfordernde Konstellationen sind Kombinationen mit stark ausgeprägten psychopathischen Persönlichkeitszügen, einer Intelligenzminderung und/oder einer Hypersexualität (gesteigertes sexuelles Verlangen gemäß ICD-10 bzw. zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung gemäß ICD-11). In der Therapie paraphiler Störungen geht es um die Analyse spezifischer dysfunktionaler Wahrnehmungsmuster, kognitiver Stile, Denk- und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der sexuellen Präferenzstörung, ggf. unter Einbezug risikorelevanter Persönlichkeitsaspekte. Primäres Ziel der Behandlung ist nicht die Veränderung der paraphilen Ansprechbarkeit, sondern die therapeutische Beeinflussung der begleitenden Risikoeigenschaften und der Aufbau von Kompensationsmöglichkeiten.

Neben psychotherapeutischen Behandlungsansätzen sind auch verschiedene medikamentöse Behandlungsoptionen verfügbar. Die eingesetzten Präparate besitzen unterschiedliche biologische Wirkmechanismen und werden gemäß Leitlinienempfehlung in gestufter Indikation eingesetzt

(Thibaut et al. 2020). Es handelt sich um Substanzen aus der Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, den Wirkstoff Cyproteronacetat und sog. Gonadotropin-Releasing-Hormon-Antagonisten, wobei in der Schweiz nur für die beiden letztgenannten spezifische (Teil-)Zulassungen in der Indikation Sexualdevianz (bei Männern) bestehen. Das Ziel einer solchen Behandlung sind die Reduktion des Sexualtriebs und damit die Wiederherstellung vermehrter Selbstkontrolle in Bezug auf sexuelle Bedürfnisse und Handlungsimpulse, sodass damit assoziierte delinquente Verhaltensweisen abnehmen. Dagegen bleibt der Inhalt der (paraphilen) sexuellen Gedanken und Fantasien nach gegenwärtigem Kenntnisstand unverändert (Turner und Briken 2018). Trotz des Vorliegens der genannten Leitlinie ist die empirische Datenbasis für diese Form der Psychopharmakotherapie gegenwärtig noch gering (Turner und Briken 2020).

4.2.5 Störungen durch psychotrope Substanzen

Gemäß geltender diagnostischer Kriterien sind Störungen durch psychotrope Substanzen im Wesentlichen durch eine verminderte Kontrolle über den Konsum und daraus resultierende schädliche psychosoziale und gesundheitliche Folgen gekennzeichnet. Substanzkonsumstörungen sind zudem häufig mit anderen psychischen Störungen vergesellschaftet. Alkohol- und Drogenmissbrauch sind wesentliche Risikofaktoren für Gewalt (Grann und Fazel 2004). Dies gilt insbesondere dann, wenn weitere psychische Störungen vorliegen (Wallace et al. 2004): Bei Männern erhöht sich das Gewaltisiko in solchen Konstellationen um den Faktor 9–15 und bei Frauen sogar um den Faktor 15–55.

In der forensisch-psychiatrischen Versorgungslandschaft der Schweiz fehlen Spezialstationen innerhalb forensischer Kliniken, auf denen sowohl suchtspezifisch als auch deliktpräventiv behandelt wird. Wenn ein direkter kausaler Zusammenhang der Indexdelinquenz mit der Diagnose einer Substanzabhängigkeit besteht (Beschaffungskriminalität, Begehen einer Straftat in intoxiziertem Zustand, Vorliegen einer drogeninduzierten psychotischen Symptomatik zum Deliktzeitpunkt) oder die Substanzkonsumstörung als primäre psychiatrische Störung im Vordergrund steht, ist in erster Linie eine Behandlung im Rahmen einer Maßnahme nach Art. 60 StGB indiziert. Diese Maßnahmen werden üblicherweise in spezialisierten offen geführten suchttherapeutischen Einrichtungen vollzogen, wobei in Ausnahmen bei komplizierten Verläufen oder Komorbiditäten auch eine Behandlung in einer (forensisch-)psychiatrischen Klinik indiziert sein kann.

Die Deliktarbeit zeigt sich oft als besonders anspruchsvoll, weil sich die Beziehung zwischen Substanzkonsum, psychiatrischer Komorbidität und Kriminalität im Einzelfall sehr unterschiedlich darstellt. Eine differenzierte Be-

trachtung des Zusammenhangs von Substanzgebrauch und Delinquenz ist daher unerlässlich. Das in der Vergangenheit häufig als vordringlich angeführte forensisch-psychiatrische Therapieziel der Abstinenz ist für viele Patienten schwer zu erreichen (Pickard und Fazel 2013). Im Kontext der Opioidabhängigkeit haben Substitutionsbehandlungen unter Berücksichtigung von Gesundheitskosten, Kosten der Sozialbetreuung und der Folgen kriminellen Verhaltens an Bedeutung gewonnen (Godfrey et al. 2004), wobei – zieht man internationale Daten hinzu – die Senkung der Folgekosten v.a. einer deutlich reduzierten Kriminalitätsrate geschuldet ist (Gossop et al. 2005).

Die Therapie gliedert sich analog nichtforensischer Suchtbehandlungen in die Stadien Motivation, Entgiftung, Entwöhnung und Rehabilitation (Mann et al. 2016). Inwieweit bei gewissen Substanzen eine Substitutionsbehandlung oder eine psychopharmakologische Behandlung infrage kommt, muss entsprechend einer individuellen Indikationsstellung unter Berücksichtigung der spezifischen Substanz sowie den einschlägigen Behandlungsleitlinien beurteilt werden (siehe z.B. die medizinischen Empfehlungen für Opiatagonistentherapie bei Opioidabhängigkeitssyndrom der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin [Beck et al. 2020]). Die Studienlage weist darauf hin, dass die Substitution Opioidabhängiger mit Buprenorphin und Naloxon derjenigen mit Methadon deutlich überlegen ist, wenn es um Rückfallprävention von Konsum und Delinquenz geht (Pedicord und Bush 2015).

Aufgrund der Ermangelung an evidenzbasierten Therapiekonzepten für komorbid erkrankte forensische Patienten wurden einzelne psychotherapeutische Methoden der Allgemeinpsychiatrie adaptiert, wie z. B. das Konzept des *Motivational Interviewing* (Rollnick et al. 2010) oder die übertragungsfokussierte Psychotherapie (*Transference-Focused Psychotherapy*).

Für die Behandlung von psychosekranken Personen mit Suchtproblematik haben sich spezielle Doppeldiagnoseprogramme durchgesetzt. Mittlerweile wurde diese Therapieform auch für impulsive und antisoziale Patienten im Maßregelvollzug adjustiert (Holzinger und Kirste 2017). Aufgrund des hohen Risikos für somatische Folgeerkrankungen bei langjährigem Konsum psychotroper Substanzen kommt der äquivalenten medizinischen Versorgung von eingewiesenen Personen mit Abhängigkeitserkrankungen eine hohe Bedeutung in der Behandlung zu.

4.3 Besonderheiten der Behandlung im Maßnahmenvollzug

4.3.1 Aufklärung über die Behandlung und Einwilligung der eingewiesenen Person

Eine Behandlung während des stationären Maßnahmenvollzugs ist (vorbehaltlich einer Zwangsbehandlung, vgl. Abschn. 4.3.2) nur zulässig, wenn die eingewiesene Person nach angemessener Aufklärung in urteilsfähigem Zustand und frei von unzulässigen Beeinflussungen ihrer Willensbildung in die Behandlungsmaßnahme(n) einwilligt (SAMW 2019; BGE 124 IV 258 E. 2; BGer, 07.03.2018, 6B_730/2017, E. 2.3). Die Aufklärung hat in einer adressatengerechten Sprache zu erfolgen und Informationen über die beabsichtigten und möglichen unerwünschten Wirkungen der vorgesehenen Therapie, über vorhandene Behandlungsalternativen und über die Folgen ausbleibender Behandlung zu enthalten. Diese Informationen sind üblicherweise auch schriftlich im Behandlungsplan festgehalten, der der eingewiesenen Person und (sofern vorhanden) ihrer Vertretungsperson zur Kenntnis gebracht wird. Ist eine eingewiesene Person urteilsunfähig, sollte bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) die Errichtung einer Beistandschaft angeregt werden, falls eine solche noch nicht besteht. Eine in urteilsfähigem Zustand verfasste psychiatrische Patientenverfügung ist bei Behandlungsentscheidungen im Fall der Urteilsunfähigkeit zu berücksichtigen. Besteht keine gültige Patientenverfügung, erweist sich der hypothetische Patientenwille als einschlägig.

Wird nach wiederholter Aufklärung durch die behandelnde Fachperson und unter Berücksichtigung des Grundsatzes der partizipativen Entscheidungsfindung deutlich, dass die eingewiesene Person nicht von der Notwendigkeit der medizinischen Maßnahme(n) überzeugt werden kann, können Beistandsperson, Vertrauensperson(en) bzw. Angehörige oder auch neutrale Drittpersonen (Peers, Ethikbeauftragter) beigezogen werden, um der eingewiesenen Person das medizinische Problem näherzubringen und das Verständnis für den Behandlungsbedarf zu fördern. Dabei darf kein unzulässiger Druck durch die Ankündigung oder Andeutung allfälliger Nachteile bei einer Ablehnung der Behandlung ausgeübt werden. Eine Darstellung des prototypischen Verlaufs der Grunderkrankung (bei Unterbleiben der von den behandelnden Personen als indiziert erachteten Behandlungen) ist demgegenüber angezeigt. Der gesamte Prozess der Aufklärung und Entscheidungsfindung ist zu dokumentieren (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2018).

4.3.2 Zwangsbehandlung

Eine Zwangsbehandlung bei urteilsfähigen Personen ist unzulässig (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2018). Bei Urteilsunfähigkeit können demgegenüber je nach Konstellation Behandlungen gegen den kundgegebenen Willen der behandelten Person vorgenommen werden. Dabei ist zwischen medizinisch indizierten Zwangsbehandlungen und sog. maßnahmenindizierten Zwangsbehandlungen zu unterscheiden. Während Erstere auf die Abwendung von unmittelbaren Gefahren für die Gesundheit der eingewiesenen Person oder Dritter ausgerichtet sind, besteht der Zweck Letzterer in der Realisierung des Maßnahmenzwecks (Hachtel et al. 2015). Sämtlichen Formen der medizinischen Zwangsbehandlung ist gemeinsam, dass sie nur gestützt auf eine gesetzliche Grundlage, bei gewichtigem öffentlichem Interesse (Gesundheitsfürsorge, Sicherheit) sowie unter strenger Beachtung des Verhältnismäßigkeitsprinzips erfolgen dürfen (Zwangsbehandlung als „Ultima Ratio“). Jede Form von Zwangsbehandlung ist engmaschig ärztlich zu überwachen und sofort zu beenden, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Das Ziel der Zwangsbehandlung ist erreicht.
- Die eingewiesene Person willigt nach Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit nicht in eine Fortsetzung der Behandlung ein.
- Die Zwangsbehandlung begründet unvorhergesehene Risiken.
- Die erhoffte positive Wirkung bleibt nachhaltig aus.

Die Voraussetzungen für die Anordnung und Durchführung von Zwangsbehandlungen sind in den kantonalen Gesetzgebungen (Justizvollzugsrecht oder Gesundheitsrecht, vereinzelt auch in Einführungsgesetzen zur Strafprozessordnung) geregelt. Das Bundesgericht stuft darüber hinaus Art. 59 StGB als taugliche Gesetzesgrundlage ein (Art. 59 StGB; BGE, 26. Oktober 2018, 6B_821/2018, E.4.4.; BGE 130 IV 49 E.3.3), was in der strafrechtlichen Literatur zu Recht kritisiert wird (Urwyler 2022, S. 980). Mit Blick auf die Regelungsheterogenität sollten Einrichtungen für ihren Kanton juristisch abklären, in welchen Konstellationen welche Form von Zwangsbehandlungen gestützt auf welche Rechtsgrundlagen zulässig sind, wobei auch verfahrensrechtliche Fragen (Zuständigkeit für die Anordnung, aufschiebende Wirkung etc.) zu klären sind. Das daraus fließende Wissen sollte den behandelnden Personen in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht werden.

Da auch in der Allgemeinpsychiatrie keine klinikübergreifenden Standards zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen existieren, sind für deren Anordnung, Durchführung und Überwachung klinikinterne Standards anzuwenden. Die Indikation für die Zwangsbehandlung und deren

Durchführung sind sorgfältig in der Krankenakte zu dokumentieren.

4.3.3 Besondere Sicherungsmaßnahmen

Zu den besonderen Sicherungsmaßnahmen zählen z. B. die Trennung von anderen eingewiesenen Personen (vgl. dazu Art. 90 Abs. 1 StGB), die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährliche Gegenstände oder die andauernde Überwachung. Solche Maßnahmen dürfen gegen den Willen der eingewiesenen Person nur ergriffen werden, wenn es eine hinreichend klare und bestimmte gesetzliche Eingriffsgrundlage gibt und das Verhältnismäßigkeitsprinzip beachtet wird (Urwyler und Noll 2020). Die durchgeführten Maßnahmen sind in regelmäßigen Abständen hinsichtlich Zielerreichung und Weiterbestehen ihres Anlasses zu überprüfen und müssen unverzüglich abgebrochen werden, wenn ihr Ziel erreicht bzw. ihr Anlass entfallen ist oder das Weiterführen der Maßnahme das Verhältnismäßigkeitsprinzip verletzen würde.

Die Möglichkeit von Disziplinarsanktionen, die auf Fehlverhalten der eingewiesenen Person folgen und die Aufrechterhaltung oder die Wiederherstellung der Sicherheit und Ordnung in der Maßnahmeninstitution zum Zweck haben, kommen in psychiatrischen Kliniken nur in Ausnahmen zur Anwendung. Grundsätzlich sind solche Regelungen dort jedoch möglich (vgl. etwa Art. 90 Abs. 1 lit. c StGB und Art. 91 StGB; zusätzliche Grundlagen lassen sich im kantonalen Recht finden). In den für stationäre Maßnahmenvollzüge bestehenden Einrichtungen existiert indes bisher kein Konsens über den Einsatz von Disziplinarmaßnahmen. Sofern eine Einrichtung nicht mit Disziplinarmaßnahmen arbeitet, ist durch geeignete Qualitätssicherungsgefäße sicherzustellen, dass die bestehenden präventiven Interventionen nicht mit verdeckt punitiver Motivation angewendet werden.

4.4 Eingewiesene Personengruppen mit besonderen Bedürfnissen

4.4.1 Eingewiesene Personen mit Migrationshintergrund

Das Zusammenleben von Personen mit verschiedenen kulturellen und bürgerrechtlichen Hintergründen bringt auf forensisch-psychiatrischen Stationen die Herausforderung mit sich, im Alltag Gemeinsamkeit und Gruppenkultur zu fördern. Gerade bei Vorliegen von Sprachbarrieren sind die Förderung der Sprachkompetenz, z. B. durch Sprachunterricht, sowie die adäquate Informationsvermittlung, z. B. via Dolmetscherdienste, von zentraler Bedeutung. Die Mitarbeitenden sollten zudem aversive Gruppenbildungen, die aufgrund unterschiedlicher kultureller und religiöser Hintergründe und Überzeugungen befördert werden können,

achtsam registrieren und deeskalierend auf die beteiligten Personen einwirken. Je nach kulturellem Hintergrund können sehr unterschiedliche Konzepte von Krankheit und Delinquenz bestehen, woraus auch eine heterogene Behandlungsbereitschaft resultiert (Hoffmann 2009; Saimeh 2017).

Darüber hinaus kann ein bevorstehender oder drohender Landesverweis besondere Herausforderungen für den Vollzug einer Maßnahme mit sich bringen. Namentlich werden Lockerungen bei dieser Personengruppe nicht oder nur zögerlich bewilligt. Es ist zu betonen, dass das Resozialisierungsprinzip auch bei einer fehlenden Bleibeperspektive in der Schweiz dazu verpflichtet, den Vollzug einer Maßnahme u. a. am Prinzip der Rückkehrorientierung auszurichten, damit der künftige Wechsel des Aufenthaltsorts von der betroffenen Person so gut wie möglich bewältigt werden kann (dazu ausführlich Urwyler et al. 2022). Entsprechend sollten Lockerungen auch bei der vorliegend beschriebenen Personengruppe verfügt werden, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

4.4.2 Patientinnen im Maßnahmenvollzug

Im Maßnahmenvollzug waren 2020 960 Männer (93,3 %) und 69 Frauen (6,7 %) untergebracht (Bundesamt für Statistik 2021). Metaanalytische Befunde weisen darauf hin, dass das Vorliegen einer psychischen Störung das relative Gewaltisiko bei Frauen stärker erhöht als bei Männern (Fazel et al. 2009). Diese im Vergleich zu männlichen Probanden stärker ausgeprägte relative Risikoerhöhung wird auch bei Frauen mit Intelligenzminderung (Faktor 25) sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch (Faktor 15–55, Männer 9- bis 15fach) beobachtet (Müller-Isberner et al. 2017). Geschlechtsspezifische Unterschiede im Vollzugsverhalten (im Vergleich zu Männern wird direkte physische Gewalt von Frauen weniger oft angewendet, und es sind eher manipulative Tendenzen mit deutlichen Übergängen zu Borderline-Strukturen mit häufigeren Selbstverletzungen anzutreffen (de Vogel et al. 2016)) machen eine geschlechtssensitive Behandlung und Risikobeurteilung erforderlich.

Im Einzelfall muss geprüft werden, welche Unterbringungssituation für welche Patientin am besten geeignet ist. Reine Frauenstationen und ein Behandlungsangebot für im Rahmen einer strafrechtlichen Maßnahme eingewiesene Mütter mit Kleinkindern hält in der Schweiz nur die JVA Hindelbank im Kanton Bern vor.

5. Risikobeurteilung und Behandlungsplanung

5.1 Risikobeurteilung

Risikobeurteilungen erfolgen bei Straftätern mit psychischen Störungen zu mehreren Zeitpunkten vor bzw. während des Vollzugs und im Hinblick auf unterschiedliche Fragestellungen (z.B. Anordnung einer stationären Maßnahme, Vollzugslockerungen oder bedingte/endgültige Entlassung). Die erste gutachterliche Risikobeurteilung erfolgt entweder im Rahmen der Einschätzung der Wiederholungs- oder Ausführungsgefahr (Art. 221 StPO) oder anlässlich eines Gutachtens zu Schuldfähigkeit und Maßnahmenindikation. In der Schweiz gibt es – einzelne kantonale Vorgaben ausgenommen (OGer-ZH, 2014) – keine auf nationaler Ebene erarbeiteten Standards für die Durchführung der Risikobeurteilung. In der Praxis können hinsichtlich der methodischen Vorgaben die in Deutschland publizierten Mindestanforderungen für Prognosegutachten beigezogen werden (Boetticher et al. 2007, 2019; Kröber et al. 2019), sofern sich aus dem rechtlichen Rahmenmodell keine anderen Vorgehensweisen für die Schweiz als erforderlich erweisen.

Im Vollzugsverlauf einer stationären Maßnahme wird die initiale Risikobeurteilung sowohl vonseiten des stationären Behandlungsteams als auch von externen Stellen wie Sachverständigen, Abteilungen für forensisch-psychologische Abklärungen [AFA; eine Institution des ROS] oder den konkordatlichen Fachkommissionen regelmäßigen Evaluationen und ggf. Anpassungen unterzogen. Zentral ist dabei, dass die Kommunikation solcher Beurteilungen transparent an alle beteiligten Personen erfolgt, sodass protektive und risikobehaftete Veränderungen, aber auch Stagnationen in Befund, Verhalten oder Lebenssituation, sowohl in die Behandlung wie auch in die späteren Risikoanalysen einfließen können.

5.2 Methoden und Instrumente der Risikobeurteilung

Risikobeurteilungen sind trotz der andauernden Weiter- und Neuentwicklung mit Herausforderungen konfrontiert. Eine statistische Limitation ist die relative Seltenheit von schweren Gewalt- und Sexualstraftaten (niedrige Basisrate), woraus sich selbst bei trennscharfen Verfahren ein niedriger positiv prädiktiver Wert ergibt (Eher et al. 2019). Darüber hinaus besteht im Rahmen der Risikobeurteilung die Gefahr, risikorelevante situative Einflüsse zu unterschätzen bzw. persönlichkeitsassoziierte Risikofaktoren zu überschätzen. Namentlich kommt es mit zunehmendem Zeitverlauf („time at risk“, d.h. das Zeitintervall nach einer früheren Straftat, in der auch die Möglichkeit besteht, wie-

der eine Straftat zu begehen – also in der Regel in Freiheit oder extramural) zwangsläufig zu einer Zunahme der Anzahl von nichtberechenbaren, situativen Einflussfaktoren, die zum Abklärungszeitpunkt nicht oder nur begrenzt zu antizipieren sind.

In den letzten Jahrzehnten haben sich im deutschsprachigen Raum zahlreiche Instrumente zur strukturierten Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren für verschiedene Deliktkategorien bzw. Straftäterpopulationen etabliert. Ob und welche Instrumente eingesetzt werden, richtet sich nach der zu beantwortenden Fragestellung sowie nach der Eignung und/oder Validierung des jeweiligen Instruments. Bei der Anwendung von Risikobeurteilungsinstrumenten ist namentlich darauf zu achten, für welche Gruppe von straffälligen Personen (Männer, Frauen, Jugendliche, Personen mit psychischen Störungen) und Deliktarten (Gewalt-, Sexual- oder Allgemeindelinquenz) diese entwickelt und validiert wurden. Eine ausführliche Beschreibung der gebräuchlichsten Instrumente findet sich bei Rettenberger (2016) und Nedopil et al. (2021). Die beurteilende Person sollte über eine entsprechende Qualifikation für die Anwendung verfügen (vertiefte Kenntnis des Anwenderhandbuchs und der Limitationen der Verfahren). Bei einigen Instrumenten ist darüber hinaus eine spezielle Schulung erforderlich (z.B. Psychopathie-Checkliste Revised, PCL-R). Eine solche erscheint aber auch vor der Anwendung aller anderen Instrumente erforderlich. Bei Personen, die sich in Ausbildung befinden und Risikobeurteilungen vornehmen, ist eine Supervision durch eine erfahrene Fachperson sicherzustellen. Weiter bietet es sich in allen Stadien der beruflichen Laufbahn an, Interventionen zur Qualitätssicherung durchzuführen.

Bei der Verwendung von Instrumenten, die in der Schweiz nicht validiert wurden, ist zu fordern, dass zumindest Studienergebnisse aus einer vergleichbaren Population vorliegen. Gleichzeitig ist bei einem solchen Vorgehen im Rahmen der Risikokommunikation (s. unten) deutlich auf die mit diesem Vorgehen verbundenen Limitationen hinzuweisen.

Inhaltlich hat sich die Verknüpfung der statistisch-nomothetischen mit der klinisch-idiographischen Methode durchgesetzt. So kann zunächst eine Basisrückfallrate (z.B. anhand der einschlägigen Daten des Bundesamts für Statistik oder vergleichbarer Datensätze, z.B. Jehle et al.) resp. die Ausgangswahrscheinlichkeit (mittels Einsatz eines aktuarischen Instruments) für spezifische Deliktarten dargestellt werden. Anschließend können empirisch risiko-relevante Tat- und Tätermerkmale beschrieben werden. In diesem Kontext sind auch kriminologisch robuste Effekte (z.B. Aspekte der Altersforschung wie etwa die „age-crime curve“ = sinkende Rückfallraten mit steigendem Alter) zu berücksichtigen, sofern das betreffende Instrument diesen Faktor nicht bereits berücksichtigt. Danach erfolgt die

Erstellung einer individuellen Delinquenzhypothese bzw. „case formulation“ (u.a. Hart et al. 2011), inklusive der Analyse der Persönlichkeits-, situations- und umweltbezogenen Risikofaktoren, aber auch der Erfassung protektiver Faktoren. Falls sich Diskrepanzen zwischen der statistisch-nomothetischen und der klinisch-idiographischen Methode ergeben, sollten diese begründet und aufgeklärt werden (Krause und Habermeyer 2022).

Für die Beurteilung des Behandlungsverlaufs sind insbesondere Veränderungen in den dynamischen Risikofaktoren zu beschreiben (z.B. Substanzmissbrauch, antisoziale Kognitionen, Umfeld etc.; s. auch Kap. 6). Anhand der individuellen Beschreibung können potenzielle Risikoszenarien hinsichtlich Zeitverlauf der instabilen Entwicklung, Art der Delinquenz, Wahrscheinlichkeit und Frequenz sowie Tatablauf, welche sowohl im Freiheitsentzug als auch in der (bedingten) Freiheit günstige bzw. ungünstige Entwicklungen charakterisieren, beschrieben werden. Daraus lassen sich differenziert riskante Verläufe und Handlungsfelder aufzeigen, die wiederum im Risikomanagement Berücksichtigung finden und in konkreten Handlungsempfehlungen für kritische Ereignisse resultieren. Das vierstufige Konzept der Risikobeurteilung (Referenzkategorie und Basisrate, individuelles Risikoprofil, Hypothese zur Delinquenzgenese, Risikomanagement) wird dabei inzwischen als Standard betrachtet (Nedopil et al. 2021).

Der Wert jeder Risikobeurteilung bemisst sich auch anhand der Qualität der Risikokommunikation. Hierbei ist sowohl für die betroffenen eingewiesenen Personen als auch für die anderen Adressaten der Risikokommunikation (Behörden, Rechtsbeistände etc.) eine klare und einheitliche Sprache anzustreben (Hanson et al. 2017). Werden nominale Quantifizierungen verwendet (niedrig, mittel, hoch etc.) sollte aufgrund deren Vieldeutigkeit immer zusätzlich eine Basisrate und/oder die aus einem aktuarischen Instrument fließende Rückfallrate als Orientierungspunkt kommuniziert werden, um ein gemeinsames Verständnis hinsichtlich der quantitativen Verortung des Rückfallrisikos zu ermöglichen. Werden quantitative Angaben verwendet, sollte auf die Stichprobenabhängigkeit der betreffenden Daten (z.B. absolute Rückfallraten) hingewiesen werden (Nedopil et al. 2021).

5.3 Organisation und Durchführung der Risikobeurteilung

Die Organisation (z.B. Frequenz, Teilnehmende, Dokumentation) und konkrete Durchführung (Vor- und Nachbereitung, Super-/Intervision, verwendete Instrumente) von Risikobeurteilungen sind nach fachlichen Standards und rechtlichen Mindestanforderungen auszurichten (z.B. ergeben sich gewisse Anforderungen an die Beurteilungsintervalle durch die jährliche Berichtspflicht oder die Beurteilung im

Vorfeld von Vollzugslockerungen). Üblicherweise erfolgt bereits mit der Anmeldung in einer Vollzugseinrichtung, d.h. vor der Aufnahme, eine erste Beurteilung des Risikos und der Eignung der Einrichtung für die Behandlung. Darüber hinaus verfügt die behandelnde Einrichtung in der Regel vor Vollzugsbeginn durch die ROS-Risikoabklärung und/oder das Einweisungsgutachten über ein erstes Fallkonzept einschließlich Delinquenzhypothese, auf das sie sich bei der weiteren Behandlungsplanung stützen kann. Diese Unterlagen sollten den behandlungsverantwortlichen Personen vor Aufnahme vorliegen, sodass die fallrelevanten Risikofaktoren innerhalb des Behandlungsteams transparent kommuniziert und Interventionen darauf abgestimmt werden können. Darüber hinaus ist unmittelbar bei Aufnahme zu prüfen, ob der aktuelle psychische Befund des Patienten oder Informationen aus der Vorgeschichte Anlass dazu geben, von einem akuten Eigen- oder Fremdgefährdungsrisiko oder von Fluchtgefahr auszugehen.

Das Fallkonzept und die zur Senkung des Rückfallrisikos indizierten Behandlungen werden im Vollzugsplan (bzw. in Kliniken meist Behandlungsplan; Art. 90 Abs. 2 StGB) zusammengeführt, welcher der eingewiesenen Person und ggf. ihrem rechtlichen Vertreter (im Sinne des Erwachsenenschutzrechts), einem allfälligen Rechtsbeistand und der einweisenden Behörde vorgelegt wird. Im Sinne einer Faustregel ist die Erstellung innerhalb der ersten 3 Monate der stationären Behandlung sinnvoll, da dieser Zeitraum eine hinreichend vertiefte Einarbeitung in den Fall ermöglicht.

Der Behandlungsplan muss regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich neue risiko- bzw. behandlungsrelevante Aspekte ergeben. Der Vollzugsplan dient insofern als Leitfaden für die gesamte Behandlungsplanung und muss allen am Vollzug beteiligten Berufsgruppen bekannt sein. Bei der jährlichen oder der auf Besuch hin stattfindenden Überprüfung der bedingten Entlassung oder wenn der Behandlungsverlauf hierzu Anlass gibt, sollte daher ein Abgleich mit den formulierten Fallkonzepten der ROS-Risikoabklärung und Einweisungsgutachten vorgenommen und Abweichungen begründet aufgeführt werden. Zudem sollten Veränderungen bei den dynamischen Risikofaktoren beschrieben und ggf. die prognostische Aussage auf den konkreten Zeitraum angepasst werden.

5.4 Therapie- und Maßnahmenplanung

Die stationäre therapeutische Maßnahme beginnt mit einer umfassenden Anamneseerhebung und psychodiagnostischen Befundung. Diskrepanzen zwischen den Eigenangaben und den Akten sollten gekennzeichnet und, soweit möglich, geklärt werden. Es sind alle verfügbaren Vorinformationen und Akten, auch mögliche zu erhebende fremdanamnestiche Angaben, miteinzubeziehen, sowie

indizierte Zusatzuntersuchungen (z. B. Bildgebung) durchzuführen, sofern solche nicht bereits vorliegen.

Das zu Beginn der Behandlung erstellte Fallkonzept sollte für alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen nachvollziehbar darstellen, welche rückfallrisikorelevanten Faktoren (z. B. Krankheitssymptome, Suchtmittelkonsum) in der Therapie adressiert werden müssen, um das Rückfallrisiko zu senken.

Das erstellte Fallkonzept muss im weiteren Verlauf in regelmäßigen Abständen evaluiert werden. Im jeweiligen Risikoprofil sind sowohl für das intramurale als auch extramurale Setting risikobehaftete Entwicklungen anhand von Szenarien zu formulieren. Zur Erfassung einer symptomatischen Ausprägung und von Veränderungen können test- und neuropsychologische Erhebungen die individualisierte Behandlungsplanung unterstützen und Therapieerfolge quantifizieren. Ein besonderes Augenmerk sollte hierbei auf Methoden zur Veränderung dynamischer Risikofaktoren liegen. Das primäre Ziel aller Interventionen ist die Senkung der Rückfallgefahr.

Ein zentrales und wiederkehrendes Therapiethema ist die Schaffung und Aufrechterhaltung der Behandlungsmotivation. Konzeptuell kann anhand des Transtheoretischen Modells (Prochaska und DiClemente 1982) verdeutlicht werden, auf welcher Stufe des Veränderungsprozesses die eingewiesene Person steht, um die dafür passenden Interventionen auszuwählen. Zudem können Elemente aus dem *Motivational Interviewing* (Rollnick et al. 2010) angewendet werden, um Ambivalenz und Veränderungsmotivation zu erzielen und damit ggf. eine Verweigerungshaltung, welche zu Beginn einer Behandlung häufig besteht, abzubauen und die Therapiemotivation zu stärken. Das Behandlungsteam sollte regelmäßig einschätzen, welche motivationalen Faktoren durch die eingewiesene Person willentlich beeinflussbar sind und welche durch persistierende krankheitsbedingte Einschränkungen (z. B. schizophrene Negativsymptomatik) bedingt sind, und den Behandlungsplan und die Therapieanforderungen entsprechend anpassen.

Jeder eingewiesenen Person sind sowohl das individuelle Fallkonzept und als auch die Ziele der Behandlung in verständlicher Sprache zu erklären. Dabei können Zwischenziele, aber auch das Aufgreifen persönlicher Anliegen der eingewiesenen Person, die Motivation für die Behandlung steigern. In Ergänzung zu dem Behandlungsplan können zusätzliche Vereinbarungen zur Erreichung kurzfristiger Ziele getroffen werden.

Die Indikationsstellung für die zur Behandlung eingesetzten Psycho-, Pharmako-, Somato-, Sozio-, Fach- und Milieutherapien erfolgt auf der Grundlage der individuellen Fallkonzepte und der Überlegungen in Anlehnung an die unten geschilderten Rehabilitationsmodelle.

Verallgemeinert kann eine Hierarchisierung der Therapieziele in Anlehnung an die Behandlungsebenen in der

Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) (Bohus 2022) wie folgt aussehen, wobei die Abfolge nicht als ein sequenzielles Vorgehen zu verstehen ist:

- Sicherung und Abwendung akuter Fremd-/Eigengefährdung,
- Stabilisierung und bestmögliche Reduktion/Remission der rückfallrelevanten Krankheitssymptomatik,
- Reduktion therapieschädigenden Verhaltens und Aufbau von Therapiemotivation, Krankheitseinsicht und Veränderungsbereitschaft,
- Auseinandersetzung mit individuellen Risikofaktoren, Reduktion rückfallrelevanter Verhaltensweisen,
- Aufbau individueller, protektiver Ziele und Fertigkeiten,
- Aufbau Entlassungssetting und Rehabilitation/Resozialisierung.

Im Behandlungsplan wird dargelegt, in welcher Reihenfolge und mit welchen Methoden auf die Therapieziele hingearbeitet werden soll. Die eingewiesene Person wird über die Ziele der Behandlung, allfällige Behandlungsalternativen und die Folgen ausbleibender Behandlung informiert. Bei Vorliegen einer Beistandschaft ist die Beistandsperson in die Behandlungsplanung einzubeziehen, sofern der Zuständigkeitsbereich der Beistände die Gesundheitsorge einbezieht. Bei der zeitlichen Planung der Interventionen ist die Höchstdauer der stationären Maßnahme im Blick zu behalten.

5.5 Forensische Behandlungsprinzipien und Rehabilitationsmodelle

Die bekanntesten forensischen Rehabilitationsmodelle sind das Risk-Need-Responsivity (RNR) Model (Bonta und Andrews 2017, einschließlich Expanded RNR Model (Bonta und Andrews 2017), und das Good Lives Model (GLM) (Ward 2002; Ward et al. 2007). In der Allgemeinpsychiatrie ist unter Einbezug betroffener Personen das Recovery-Modell entwickelt worden, das sich in der forensischen Psychiatrie als „secure recovery“ etabliert hat (Simpson und Penney 2018).

Das RNR-Modell geht von 3 Hauptprinzipien für die rückfallpräventive Behandlung von Straftätern aus: Das Risiko-Prinzip („risk“) unterstreicht einen intensiveren Behandlungsbedarf von verurteilten Personen mit einem mittleren bis hohen Rückfallrisiko als von solchen mit einem niedrigen Risiko. Vereinfacht ausgedrückt, sollen mehr Behandlungsressourcen auf Personen mit einem höheren Risiko verwendet werden. Das Bedürfnis-Prinzip („need“) fordert, dass Behandlungsinterventionen auf veränderbare ursächliche Risikofaktoren, sog. kriminogene Bedürfnisse, fokussieren. Das Ansprechbarkeit-Prinzip („responsivity“) differenziert, wie eine Behandlung ausgestaltet werden soll, damit eine bestmögliche Passung der Intervention für die zu

behandelnde Person erzielt wird. Dabei sollen Aspekte wie Alter, Geschlecht, Kultur, Sprache, Religion, Intelligenz, Persönlichkeitseigenschaften, individueller Lernstil und allgemeine Fähigkeiten der eingewiesenen Person berücksichtigt werden. Es wird angenommen, dass Patienten auch im forensischen Kontext am besten auf kognitive soziale Lernstrategien wie prosoziales Modelllernen, Problemlösen und die angemessene Verwendung von Verstärkung ansprechen. In Bezug auf die therapeutische Beziehung bieten die Ansätze „firm, fair and caring“ (Kennealy et al. 2012) oder auch die Therapeutencharakteristika von Marshall et al. (2003) Orientierung.

Das GLM fokussiert auf Lebensziele und Ressourcen der eingewiesenen Person unter der Annahme, dass sich eine zufriedenstellende Lebensführung präventiv auf die zukünftige Straffälligkeit auswirkt. Es wurde ursprünglich zur Behandlung von wegen Sexualstraftaten verurteilten Personen entwickelt. Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass Tathandlungen ein dysfunktionaler Weg (sekundäre Güter) sind, um bestimmte menschliche Bedürfnisse (primäre Güter) zu erfüllen. Zu den primären Gütern gehören Wissen, Kompetenzerleben, Autonomie, innerer Frieden, Verbundenheit, Gemeinschaft, Spiritualität, Freude, Kreativität und Freundschaft. Mittels eines Plans soll erarbeitet werden, wie die primären Güter auf einem nichtdelinquenten Weg erreicht werden können. Im Rahmen der Behandlung und Rehabilitation werden Ressourcen identifiziert und Kompetenzen, die eine funktionale und prosoziale Bedürfnisbefriedigung unterstützen, aufgebaut. Ein aktuelles systematisches Review kommt zu dem Schluss, dass Programme, die auf dem GLM beruhen, mindestens genauso effektiv sind wie allgemeine Rückfallprogramme, wobei in den untersuchten Populationen Sexualstraftäter überrepräsentiert waren und Straftäter mit schweren psychischen Störungen nicht gesondert ausgewiesen waren (Mallion et al. 2020).

„Secure Recovery“ beinhaltet die drei Prinzipien Hoffnung, Selbstbestimmung und Partizipation. Es zielt auf die Stärkung der Einbeziehung der eingewiesenen Personen in die Behandlung ab. Das Konzept erscheint insbesondere aufgrund der langen Behandlungsdauern im forensisch-psychiatrischen Kontext bedeutsam, da Aspekte wie Sinnstiftung im Leben, Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe verfolgt werden (Schoppmann et al. 2021, 2022). Da die öffentliche Sicherheit ein wichtiges Prinzip in der forensischen Behandlung darstellt, gibt es Limitierungen in Bezug auf die postulierten personenzentrierten Recovery-Werte. Ein empirischer Nachweis der Wirksamkeit des Modells steht noch aus, jedoch bestehen Hinweise auf indirekte Therapieeffekte durch die Stärkung des Einbezugs der eingewiesenen Person in die Behandlung (Hachtel et al. 2019b).

5.6 Vollzugslockerungen

Die Resozialisierung ist neben der Senkung des mit der psychischen Erkrankung verbundenen Rückfallrisikos das zweite wesentliche Ziel des Maßnahmenvollzugs. Vollzugslockerungen bilden dabei ein zentrales Instrument für die Erprobung der Belastbarkeit und Stabilität außerhalb des sichernden und kontrollierenden Rahmens. Sie dienen der Heranführung an eine Alltagsrealität außerhalb des hochstrukturierten Vollzugs und der Umsetzung von in der Therapie erlernten funktionalen Verhaltensweisen und sozialen Fertigkeiten im extramuralen Kontext. Zugleich erfolgt eine Belastungserprobung der im therapeutischen Setting erreichten Fortschritte. Eine generelle restriktive Lockerungspraxis ist weder therapeutisch sinnvoll noch juristisch zulässig, da dadurch „letztlich Risiken für die Allgemeinheit auf die Zeit nach der Entlassung verschoben werden“ (Wischka 2013; Urwyler et al. 2021).

Für die Gewährung von Vollzugslockerungen ist üblicherweise die einweisende Behörde zuständig. Es steht der inhaftierten Person frei, selbst Lockerungsanträge zu stellen und einer rechtlichen Beurteilung zuzuführen. Je nach Kontext ist dabei der Beizug externer Gutachten oder der Fachkommission erforderlich. In einem solchen Fall sollten entsprechende Lockerungsanträge früh genug initiiert werden, weil die besagten Abklärungsschritte eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen.

Jede Vollzugseinrichtung verfügt über spezifische Lockerungskonzepte, die in der Regel eine stufenweise Erhöhung von Freiheitsgraden – beginnend mit dem Aufenthalt auf der (geschlossenen) Station mit geschütztem Außenbereich, über personalbegleitete Ausgänge hin zu unbegleiteten Ausgängen mit zunehmender zeitlicher Dauer – umfassen. Bei Einweisung in eine geschlossene Einrichtung oder besonderem Sicherungsbedarf erfolgen die ersten Vollzugslockerungen in der Regel innerhalb des geschlossenen Vollzugs (z. B. von einer besonders gesicherten Unterbringung in ein reguläres Zimmer oder auf eine geschlossene Station). Vollzugslockerungen werden von der Vollzugseinrichtung beantragt und begründet, wobei die Begründung mit den im Behandlungsplan festgelegten Vollzugszielen in Verbindung stehen muss. Die Einrichtung führt dabei aus, weshalb im Zusammenhang mit der beantragten Lockerung kein erhöhtes Rückfall- oder Fluchtrisiko angenommen wird, bzw. welche Restrisiken zu berücksichtigen sind (z. B. Risiko eines Konsumrückfalls bei Substanzabhängigkeit und mögliche Folgen).

Grundlegende Voraussetzung für alle Vollzugslockerungen sind neben dem Ansprechen auf die Behandlungsmaßnahmen v. a. ein konsequentes Risikomonitoring (Früherkennung und Erfassung von Risikosituationen) und Risikomanagement (Interventionen bei Auftreten von Risikosituationen) auf Basis eines individuellen Fallkonzepts (s. Be-

handlungsplanung). Damit Risikomonitoring und -management wirksam durchgeführt werden können, ist neben einem gemeinsamen Fallverständnis v. a. die transparente und zeitnahe Information über (veränderte) Risiken und vorgesehene Interventionen in den bestehenden Dokumentations- und Kommunikationsstrukturen von Bedeutung, so dass sichergestellt ist, dass kritische Veränderungen umgehend dokumentiert, kommuniziert und von allen Beteiligten zur Kenntnis genommen werden können.

Die eingewiesene Person sollte über ihre individuellen Risikofaktoren aufgeklärt und bei der Erstellung der Delinquenzhypothese bzw. der darauf aufbauenden Risikomanagementpläne einbezogen werden (Shaw et al. 2017); dies nicht nur im Rahmen der Einzeltherapie, sondern beispielsweise auch durch die Teilnahme an Fallbesprechungen. Zudem sollte der Zusammenhang zwischen Risikofaktoren, Therapiefortschritten und Vollzugslockerungen aus dem Behandlungsplan ersichtlich sein. Der Einbezug der eingewiesenen Person ermöglicht zudem eine verbesserte Einschätzung, welche Aspekte des Risikomanagements in die Eigenverantwortung übertragen werden können und welche durch externe Kontrolle überwacht werden müssen.

Validierte strukturierte Beurteilungsinstrumente für das individuelle Risiko für Rückfälle während Vollzugslockerungen und Entweichungen bzw. Flucht existieren in der Schweiz nicht. Die Risiken werden üblicherweise klinisch beurteilt. Dabei können verfügbare Checklisten (beispielsweise Liste zur Vorhersage von Entweichungs- und Lockerungsmissbrauchstendenzen (LIVELT) (Schmitt 2007)) und entsprechende Forschungsarbeiten (Neumann et al. 2023) berücksichtigt werden.

Bei unbegleiteten Ausgängen aus der Vollzugseinrichtung erhält die eingewiesene Person in der Regel einen von der Einrichtung ausgestellten Urlaubspass, der über den Aufenthaltsort, Zweck und Zeitraum der Abwesenheit Auskunft gibt. Die Vollzugseinrichtung dokumentiert Daten und Zeiträume von unbegleiteten Ausgängen sowie allfällige Begleitpersonen, um die Nachverfolgbarkeit zu gewährleisten.

Die Vollzugseinrichtung sollte zudem einen Prozess für das Vorgehen bei Lockerungsmissbräuchen und Entweichungen definieren, auf den die Mitarbeitenden im Notfall umgehend zugreifen können. Spezifische Melde- und Informationspflichten bei Entweichungen sind dabei zu berücksichtigen. Diese können sich u. a. aus gesetzlichen Opferenschutzmaßnahmen (Art. 92a StGB) ergeben (z. B. umgehende telefonische Information des Opfers bei Entweichung).

5.7 Entlassung aus der stationären Behandlung und Nachsorge

Die Entlassung aus der stationären Behandlung ist dann möglich und angebracht, wenn das mit der Erkrankung ver-

bundene Rückfallrisiko durch die Behandlung hinreichend gesenkt wurde und mit einer Weiterführung der Behandlung im stationären Setting keine relevanten weiteren Fortschritte mehr zu erwarten sind. Zu diesem Zweck kann die stationäre Maßnahme in der Vollzugsform des Wohn- und Arbeitsexternats weitergeführt oder eine bedingte Entlassung ausgesprochen werden. In der Praxis hat es sich unter Risikomanagementaspekten als vorteilhaft erwiesen, Versetzungen unter dem Titel der stationären Maßnahme nach Art. 59 StGB mit ausreichend zeitlichem Spielraum in Bezug auf die verbleibende Maßnahmendauer zu planen, weil mit einem Institutionswechsel häufig Risiken für eine psychische Destabilisierung verbunden sind.

Mit dem Übergangsmanagement sollte rechtzeitig begonnen werden (ca. 8 bis 12 Monate vor der geplanten Versetzung). Dabei ist seitens der behandelnden Personen in Absprache mit der einweisenden Behörde zu prüfen, welche Voraussetzungen das fragliche Anschlusssetting erfüllen muss, um die erreichte Verbesserung der Legalprognose aufrechtzuerhalten. Betreuungsbedarf, -umfang und -schlüssel sind ebenso zu berücksichtigen, wie die Möglichkeit für Kontrolluntersuchungen und psychiatrische Kriseninterventionen. In den meisten Fällen ist eine spezialisierte forensisch-psychiatrische Nachsorge in einer Klinikambulanz oder Praxis zu empfehlen, weil die dort tätigen Fachpersonen über die erforderliche Erfahrung mit Risikomanagementprozessen unter offenen Rahmenbedingungen verfügen und weniger Vorbehalte bezüglich der Betreuung von forensischen Patienten (und ihren Delikten) zu erwarten sind. Solche forensischen Ambulanzen sind erfahrungsgemäß eher in städtischen Regionen bzw. in Kantonen mit großem Einzugsgebiet bzw. Bedarf etabliert. Abseits dieser Ballungsräume kann es indes anspruchsvoller sein, geeignete Nachsorgestrukturen zu finden, zumal einer Integration forensischer Patienten in das allgemeinpsychiatrische Versorgungssystem häufig Hürden entgegenstehen.

Auch im Bereich der betreuten Wohneinrichtungen gibt es schweizweit verschiedene Institutionen, die sich teilweise oder ganz auf forensisch-psychiatrische Klientel spezialisiert haben. Wenn möglich, sollten solche Institutionen bei der Entlassung aus dem klinischen Behandlungssetting bevorzugt werden, da dort nicht nur das entsprechende forensisch-psychiatrische Spezialwissen vorhanden ist, sondern den eingewiesenen Personen auch professioneller und vorurteilsfreier begegnet wird. Vor einer Versetzung in eine solche Einrichtung sollte idealerweise ein „Probewohnen“ in der Einrichtung stattfinden, um die gegenseitige Eignung konkret beurteilen zu können. Die Fachpersonen der nachbetreuenden Einrichtungen sind über das Fallkonzept sowie die Inhalte des Risikomonitorings und -managements in Kenntnis zu setzen („Krisen“- , „Notfall“- bzw. „Deliktvermeidungsplan“).

Im Rahmen des Übergangsmanagements sind zusätzlich Maßnahmen bezüglich der Ausgestaltung eines deliktpräventiven sozialen Empfangsraums zu prüfen bzw. einzuleiten. Hierzu gehören namentlich die Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Arbeitsfähigkeit, ggf. die Beantragung beruflicher Maßnahmen oder einer IV-Rente bzw. die Aufhebung der Sistierung einer allfällig vorhandenen IV-Rente und die Prüfung der Notwendigkeit einer Beistandschaft (inkl. allfälliger Meldung an die KESB).

6. Behandlungsergebnisse

Effektivitätsnachweise störungsspezifischer Behandlungsinterventionen stammen vielfach aus anderen Bereichen (wie der Allgemeinpsychiatrie oder dem Strafvollzug) (Müller et al. 2017). Als das wichtigste Kriterium für die Beurteilung des Behandlungserfolges können die Rückfallraten nach einer (bedingten) Entlassung aus der forensischen Psychiatrie herangezogen werden. Neben der binären Unterscheidung, ob ein Rückfall stattgefunden hat oder nicht, ist außerdem relevant, wie schnell ein etwaiger Rückfall eingetreten ist, und wie schwer das Rückfalldelikt war.

Die Messung von Behandlungseffekten forensisch-psychiatrischer Behandlungen ist methodisch anspruchsvoll. Die nationale Statistik erfasst ausschließlich kriminelle Rückfälle von Schweizerinnen und Schweizern sowie meist nur ausländischen Staatsangehörigen mit Aufenthaltsbewilligung C, die wegen eines Verbrechens oder eines Vergehens verurteilt wurden. Die Rückfalldaten sind außerdem, wenn überhaupt, nur mit einer gewissen zeitlichen Latenz verfügbar. Aber auch der humanforschungsrechtliche Rahmen geht mit Herausforderungen einher. Randomisierte kontrollierte Studien können aufgrund hoher forschungsethischer Hürden nur selten durchgeführt werden. An ihre Stelle treten oft quasiexperimentelle Studien, die aber für die Schweiz ebenfalls rar sind (Seewald et al. 2018).

Um die Behandlungsergebnisse im konkreten Einzelfall nachzuzeichnen, bietet sich also letztlich die individuelle klinische Beurteilung an. In Analogie an die oben genannte Hierarchisierung der Therapieziele können Verbesserungen der deliktrelevanten Psychopathologie, der Abbau weiterer individueller Risikofaktoren und der Aufbau von protektiven Faktoren als indirektes Behandlungsergebnis erfasst werden. Um diese Dimensionen möglichst gut objektivieren zu können, sollten die Ziel- und Ergebniskriterien nachvollziehbar, detailliert und mit Beispielen aus dem Verlauf beschrieben werden. Die Reduktion psychopathologischer Symptome kann z.B. über den Behandlungsverlauf hinweg dokumentiert werden. Wo vorhanden, können dafür störungsspezifische Instrumente (z.B. PANSS) beigezogen werden. Für die Verlaufsbeurteilung des Rückfallrisikos

können die im Kapitel *Behandlungsplanung und Risikobeurteilung* genannten Instrumente eingesetzt werden, sofern sie auch dynamische und protektive Faktoren erfassen (Habermeyer et al. 2022). Weitere breit genutzte Instrumente mit dynamischen und dynamisch-stabilen Risikofaktoren, die zur Therapieevaluation und Verlaufsbeurteilung geeignet erscheinen sind z. B. der ILRV-R (Nedopil et al. 2021), der Basler Kriterienkatalog (Hachtel et al. 2019a), HCR-20 V3 (Müller-Isberner et al. 2014), der STABLE (Eher et al. 2012), oder der START (Webster et al. 2004).

Da während stationärer forensisch-psychiatrischer Behandlungen i. Allg. keine der „time-at-risk“ (d. h. das Zeitintervall nach einer früheren Straftat, in dem auch die Möglichkeit besteht, wieder eine Straftat zu begehen) in Freiheit entsprechende Exposition gegenüber Risikosituationen besteht, kann ausschließlich das während des Vollzugs beobachtete Verhalten als Parameter für die Erfolgsmessung herangezogen werden. In dem hieraus entwickelten Konzept des „Offence Paralleling Behaviour“ (Daffern 2010) sind das Vorhandensein problematischer Verhaltensmuster, Reaktionsweisen und insbesondere deren Modifikation und Beeinflussbarkeit durch therapeutische Interventionen von Relevanz für die Beurteilung des Behandlungserfolgs.

Aus Aspekten der Qualitätssicherung erscheint die klinikinterne Erfassung von bestimmten Basisdaten sinnvoll, um Trends und Interventionen auf Gruppenniveau beurteilen zu können. Relevante Kennwerte können dabei sein:

- Symptombezogene Risikominderung: Dabei kann beispielsweise auf die gesetzlich vorgeschriebenen Parameter, welche an die Gesundheitsdirektion oder den ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) geliefert werden müssen, zurückgegriffen werden. Als Instrumente kommen z. B. die Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), das Global Assessment of Functioning (GAF) und die Clinical Global Impression Scale (CGI) in Betracht.
- Gesamtbehandlungsdauer ab Beginn der Unterbringung oder Rechtskraft des Urteils (Art. 59 StGB): Dabei sollten die Daten getrennt nach Unterbringungsart (Maßnahmenvollzug oder Krisenintervention) sowie Sicherheitsdispositiv betrachtet werden.
- Mittlere Behandlungsdauer (jährlich): Hierbei bietet sich aus statistischen Gründen die Betrachtung des Medians an.
- Anzahl bzw. Anteil der eingewiesenen Personen mit einer Behandlungsdauer von über einem, 5 bzw. 10 Jahren separat ausgewertet.
- Vergleich der Behandlungsdauer mit der Dauer einer allfällig gleichzeitig ausgefallten Strafe.
- Anteil regulärer Entlassungen und Anteil von Entlassungen wegen Aussichtslosigkeit der Durchführung („zur Verfügung stellen“)

- Häufigkeit etwaiger Rückversetzungen in den Maßnahmenvollzug nach (bedingter) Entlassung.
- Zwangsmaßnahmen (Isolierung, Fixierung und Zwangsmedikation): Dabei gilt es, die Dauer der Intervention und Häufigkeit entsprechender Zwanganwendungen sowie den Anteil der behandelten Personen mit mindestens einer Zwangsmaßnahme zu erfassen.
- Anzahl der Fluchten und Entweichungen (mit Dauer der Abwesenheit sowie den Umständen einer etwaigen Rückkehr).
- Standardisierte Erfassung von Aggressionsereignissen gemäß S3-Leitlinien.
- Etwaige strafrechtlich relevante Verhaltensweisen während des Maßnahmenvollzugs, unabhängig von deren strafrechtlicher Verfolgung.
- Die Anzahl anderer besonderer Vorkommnisse, insbesondere natürliche und unnatürliche Todesfälle, inkl. Suizide und Suizidversuche.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Behandlungsergebnisse im Einzelfall anhand des individuellen Fallkonzepts, einschließlich der Delinquenzhypothese und der daraus abgeleiteten Interventionsziele beschrieben und bewertet werden müssen. Letztlich ist die Beurteilung, inwiefern aus forensisch-psychiatrischer Sicht eine Reduktion des Rückfallrisikos der eingewiesenen Person erreicht werden konnte, und unter welchen Bedingungen die verbesserte Legalprognose aufrechterhalten werden kann, klinischer Natur. Hilfreich hierbei sind die Formulierung klarer Indikatoren für die Zielerreichung oder -abweichung und deren regelmäßige Evaluation bei der Behandlungsplanung (Habermeyer et al. 2022).

7. Ausblick und offene Fragen

Der Vollzug von stationären therapeutischen Maßnahmen nach Art. 59 StGB ist in der Schweiz aufgrund der föderalen Strukturen des Justizvollzugs und der Entstehung forensisch-psychiatrischer Kliniken und Abteilungen aus allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens sehr heterogen ausgestaltet. Die ehemaligen kantonalen psychiatrischen Kliniken wurden in selbstständige Unternehmen überführt; diese entscheiden vorbehaltlich gesetzlicher Rahmenbedingungen in eigener unternehmerischer Verantwortung, ob und in welchen Umfang sie ihre forensisch-psychiatrische Angebotsstruktur ausgestalten (Sicherheitsstandards, Behandlungskonzept, Zielgruppen). Eine schweizweite Koordination des Angebots besteht bislang nicht. Dies führt zu einem Ungleichgewicht im Angebot von störungsspezifischen forensisch-psychiatrischen Behandlungsplätzen. Die Therapiekonzepte der Kliniken sind meist auf eingewiesene Personen

mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis ausgerichtet. Für Personen mit anderen, in der forensischen Psychiatrie selteneren Krankheitsbildern (z. B. Intelligenzminderungen, Autismus-Spektrum-Störungen) oder auch eingewiesene Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die (vorübergehend) einen stationären klinischen Behandlungsrahmen benötigen, gibt es kein entsprechend spezialisiertes Angebot. Auch die quantitative Angebotsplanung, d. h. die Anzahl verfügbarer Behandlungsplätze, und die Bedarfsentwicklung unterliegen bisher keiner koordinierten Planung. In der Praxis zeigt sich, dass die Wartezeiten für einen Behandlungsplatz in einer forensisch-psychiatrischen Klinik trotz eines Anstiegs der Gesamtbettenzahl teilweise (zu) lang sind. Das gilt insbesondere für Plätze in Einrichtungen mit hohen Sicherheitsstandards. In der Konsequenz warten Personen mit schweren psychischen Störungen, die dringlich auf eine Behandlung angewiesen wären, in Justizvollzugsanstalten oder Gefängnissen und können dort in der Regel nicht angemessen behandelt werden, was grundlegende Probleme aufwirft. Mit Blick auf die Zukunft sind hier die Bestrebungen nach einer schweizweiten Vernetzung im Rahmen der Angebotsplanung zu intensivieren. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe ist ein gesamtgesellschaftlicher Diskurs in Bezug auf die Haltung gegenüber Risiken durch behandelte psychisch kranke Personen erforderlich, da man den Kapazitätsherausforderungen auch mittels konsequenter Resozialisierungsorientierung begegnen kann.

Hierfür ist zwingend auch die flächendeckende Schaffung ambulanter forensisch-psychiatrischer Versorgungsstrukturen erforderlich. Solche spezialisierten Ambulanzen finden sich bis anhin praktisch ausschließlich in Ballungsräumen, während die Versorgung in der Peripherie nicht gewährleistet ist. Durch Lücken in der poststationären Versorgung können Behandlungserfolge gefährdet werden, wodurch das Rückfallrisiko steigt. Nötig ist auch auf der Ebene der politischen Entscheidungsträger ein Verständnis von forensisch-psychiatrischer Behandlung als Kette ineinandergreifender Angebote, die nicht mit dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik endet, sondern sich erst praktisch bewähren muss (Habermeyer 2020).

Im Sinne einer Vereinheitlichung im Bereich der Messung von Prozess- und Ergebnisqualität sind außerdem kantons- und institutionsübergreifende Projekte anzustreben, um einerseits allgemeine Kennzahlen zu ermitteln (z. B. Verweildauern, Zwangsmaßnahmen, Aggressionsereignisse, Entweichungen, Lockerungsmissbräuche, Entlassungsarten, Entlassungssettings) und andererseits den Effekt von stationären therapeutischen Maßnahmen nach Art. 59 StGB anhand der Rückfallraten und weiteren relevanten Parametern (z. B. Mortalitäts- und Rehospitalisierungsraten) zu ermitteln. Um aussagekräftige Daten zu erhalten, ist für solche Untersuchungen ebenso wie für klinische Forschungs-

projekte in der forensischen Psychiatrie eine nationale Datenerhebung von Vorteil.

Eine Herausforderung für den aktuellen Betrieb und die künftige Angebotsentwicklung der forensischen Psychiatrie ist schließlich der Personalmangel im Bereich der Gesundheitsberufe. Die stationäre Behandlung ist berufsgruppenübergreifend angewiesen auf Personal, das nicht nur im Ausbildungsberuf über sehr gute Kenntnisse und Erfahrung verfügt, sondern auch über forensisches Spezialwissen und entsprechende Qualifikationen. Ohne hinreichende qualitative und quantitative Personalressourcen kann eine angemessene risikoorientierte und deliktpräventive Behandlung nicht gewährleistet werden. In weiterer Konsequenz besteht die Gefahr, dass es infolge des Personalmangels sowohl zu einer Erhöhung der Verweildauern als auch zu einer Zunahme intra- und extramuraler Zwischenfälle kommt, was wiederum zu einer Zunahme von Zwangsmaßnahmen im Vollzug führen kann. Insofern sind die Bestrebungen zur Steigerung der Attraktivität der relevanten Berufsbilder zu intensivieren.

Schließlich werden die Vollzugsbedingungen auch ganz wesentlich durch juristische Strukturen mitgeprägt. Dabei wurde in den vorliegenden Empfehlungen an verschiedenen Orten auf die Regelungsheterogenität und die teilweise daraus folgenden unklaren Zuständigkeiten hingewiesen. In diesem Zusammenhang wären eine Vereinheitlichung der rechtlichen Vorgaben – idealerweise auf der Ebene des Bundesrechts – sowie eine konkretere Fassung der einschlägigen rechtlichen Grundlagen anzustreben.

Funding Open access funding provided by University of Basel

Interessenkonflikt H. Hachtel, N. Brackmann, G. Ege, A. Fritz-Wieacker, C. Fuchs, M. Graf, E. Habermeyer, E. Hollerbach, D. Hubl, M. Klassen, C. Thomas-Hund, S. Rogge, T. Stürm, T. Urwyler und I. Franke geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

Abbiati M, Azzola A, Palix J, Gasser J, Moulin V (2017) Validity and predictive accuracy of the structured assessment of protective fac-

- tors for violence risk in criminal forensic evaluations. *Crim Justice Behav* 44(4):493–510
- Andrews DA, Bonta J (2000) The level of service inventory-revised. Multi-Health Systems, Toronto (<https://paa.com.au/wp-content/uploads/2018/07/lsi-r-profile.pdf>.)
- Barroso R, Pham T, Greco AM, Thibaut F (2019) Challenges in the treatment of sex offenders. In: Long-term forensic psychiatric care. Springer, Cham, S 169–180
- Beck T, Bruggmann P, Haemmig R, Caflisch C, Falcato L, Fink A (2020) Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020. https://www.praxis-suchtmedizin.ch/images/stories/heroin/2020042828_medizinische_empfehlungen_fur_opioidagonistentherapie_oat_bei_opioidabhängigkeits-syndrom_2020.pdf
- Boetticher A, Kröber H-L, Müller-Isberner R, Böhm KM, Müller-Metz R, Wolf T (2007) Mindestanforderungen für Prognosegutachten. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 1(2):90–100. <https://doi.org/10.1007/s11757-007-0017-9>
- Boetticher A, Koller M, Böhm KM, Brettel H, Dölling D, Höffler K, Müller-Metz R, Pfister W, Schneider U, Schöch H, Wolf T (2019) Empfehlungen für Prognosegutachten: Rechtliche Rahmenbedingungen für Prognosen im Strafverfahren. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 13(4):305–333. <https://doi.org/10.1007/s11757-019-00557-0>
- Bohus M (2022) Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). In: Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene. Springer, Berlin, Heidelberg, S 321–326
- Bonta J, Andrews DA (2017) The psychology of criminal conduct. Routledge, London, New York
- Brown D, Larkin F, Sengupta S, Romero-Ureclay JL, Ross CC, Gupta N, Vinestock M, Das M (2014) Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. *CNS Spectr* 19(5):391–402
- Bundesamt für Justiz (2023) Handbuch für Bauten des Straf- und Massnahmenvollzugs: Einrichtungen Erwachsene. Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (<https://www.bj.admin.ch/dam/bj/de/data/sicherheit/smv/baubeitraege/hb-erwachsene-d.pdf>)
- Bundesamt für Statistik (2021) Massnahmenvollzug: Mittlerer Insassenbestand nach Geschlecht, Nationalität und Alter. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/justizvollzug.assetdetail.19744549.html>. Zugegriffen: Online
- Burlingame GM, Svien H, Hoppe L, Hunt I, Rosendahl J (2020) Group therapy for schizophrenia: a meta-analysis". *Psychotherapy* 57(2):219–236
- Childress JF (2001) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press
- Cooke DJ, Hart SD, Logan C, Michie C (2012) Explicating the construct of psychopathy: development and validation of a conceptual model, the comprehensive assessment of psychopathic personality (CAPP). *Int J Forensic Ment Health* 11(4):242–252
- Daffern M (2010) Offence paralleling behaviour: a case formulation approach to offender assessment and intervention. Wiley, New York
- DGPPN e.V. (Hrsg.) (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie. Kurzfassung (Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019). Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
- Eher R, Matthes A, Schilling F, Haubner-Maclean T, Rettenberger M (2012) Dynamic risk assessment in sexual offenders using STABLE-2000 and the STABLE-2007: an investigation of predictive and incremental validity. *Sex Abuse* 24(1):5–28
- Eher R, Rettenberger M, Etzler S, Eberhaut S, Mokros A (2019) Eine gemeinsame Sprache für die Risikokommunikation bei Sexualstraftätern: Trenn- und Normwerte für das neue Fünf-Kategorienmodell des Static-99. *Recht Psychiatr* 37(2):91–99 (https://krimpub.krimz.de/files/332/eher_rup_2019_2.pdf)
- Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F, Laubacher A, Vetter S (2008) Predicting violent infractions in a Swiss state penitentiary: a replication study of the PCL-R in a population of sex and violent offenders. *BMC Psychiatry* 8(1):74. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-74>
- Endrass J, Urbaniok F, Held L, Vetter S, Rossegger A (2009) Accuracy of the static-99 in predicting recidivism in Switzerland. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 53(4):482–490
- Euler S, Dammann G, Endtner K, Leihener F, Perroud NA, Reisch T, Schmeck K, Sollberger D, Walter M, Kramer U (2018) SGPP-Behandlungsempfehlungen Borderline-Persönlichkeitsstörung. https://www.esspd.eu/wp-content/uploads/2020/10/euler_et_al_sgpp_behandlungsempfehlungen_borderline_03_2018.pdf
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M (2009) Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 6(8):e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Frei A, Fricke-Glückner J (2020) Die Risikoeinschätzung von schwerwiegender häuslicher Gewalt anhand des computerisierten Instrumentes DyRiAS: Eine Evaluationsstudie anhand von Fällen aus. *Poliz Wiss* (4):53–60 (<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=16107500&an=143463447&h=67or0%2frv4s5xu2bhc92bj%2ffmid%2bnpcti9kivngvj9srdgsbltlwlsjxtaouoyb%2ffkfc%2bgvevizn4uwofo1%2b%2bug%3d%3d&url=c>)
- Gaebel W, Hasan A, Falkai P (2019) S3-Leitlinie Schizophrenie. Springer, Berlin, Heidelberg
- Gerth J (2015) Risk-Assessment bei Gewalt- und Sexualdelinquenz – Standardisierte Risk-Assessment Instrumente auf dem Prüfstand. <https://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/30292>
- Gerth J, Rossegger A, Urbaniok F, Endrass J (2014) Das Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA) – Validität und autorisierte deutsche Übersetzung eines Screening-Instruments für Risikobeurteilungen bei Intimpartnergewalt. *Fortschr Neurol Psychiatr* 82(11):616–626. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1384915>
- Godfrey C, Stewart D, Gossop M (2004) Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Addiction* 99(6):697–707
- Gonçalves LC, Gerth J, Rossegger A, Noll T, Endrass J (2020) Predictive Validity of the Static-99 and Static-99R in Switzerland. *Sex Abuse* 32(2):203–219
- Gossop M, Trakada K, Stewart D, Witton J (2005) Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug Alcohol Depend* 79(3):295–302. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.01.023>
- Grann M, Fazel S (2004) Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *BMJ* 328(7450):1233–1234. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7450.1233>
- Habermeyer (2020) Übergangsmanagement und Nachsorge: „Die wahren Herausforderungen des Massnahmenrechts? In: Heer M, Habermeyer E, Bernard S (Hrsg) Übergangsmanagement und Nachsorge: Die wahren Herausforderungen des Massnahmenrechts. Forum Justiz & Psychiatrie, Bd. 5. Stämpfli, Bern, S 11–27
- Habermeyer E, Dreßing H, Seifert D, Lau S (Hrsg) (2022) Praxishandbuch Therapie in der Forensischen Psychiatrie und Psychologie. Elsevier, München
- Hachtel H, Heer M, Graf M (2015) Zwangsmassnahmen im Massnahmenvollzug. *Schweiz Ärzte* 96(7):245–247 (https://bullmed.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/fr/bms.2015.03162/a1a9ed4c155dc9bb8070665a0d5977ce4bdc6126/bms_2015_03162.pdf/rsr/jf.)
- Hachtel H, Vogel T, Graf M (2019a) Überarbeitung des Basler Kriterienkatalogs zur Beurteilung der Legalprognose („Dittmann-Liste“). *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 13(1):73–80

- Hachtel H, Vogel T, Huber CG (2019b) Mandated treatment and its impact on therapeutic process and outcome factors. *Front Psychiatry* 10:219. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00219>
- Hachtel H, Nixon M, Bennett D, Mullen P, Ogloff J (2021) Motives, offending behavior, and gender differences in murder perpetrators with or without psychosis. *J Interpers Violence* 36(7–8):3168–3190
- Hanson RK, Thornton D (1999) “Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders”, Solicitor General Canada., Vol. 1999. <http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/stc-mprvng-actrl/sttc-mprvng-actrl-eng.pdf>
- Hanson RK, Babchishin KM, Helmus LM, Thornton D, Phenix A (2017) Communicating the results of criterion referenced prediction measures: Risk categories for the Static-99R and Static-2002R sexual offender risk assessment tools”. *Psychol Assess* 29(5):582–597
- Hare RD Psychopathy checklist—revised. <https://doi.org/10.1037/t01167-000>
- Harris A, Phenix A, Hanson RK, Thornton D (2003) “Static 99: Coding rules revised 2003”, Solicitor General Canada, Vol. 2003. http://www.defenceforvsvp.com/resources/hanson_static-99/static99codingrules_e.pdf
- Hart S, Sturmey P, Logan C, McMurran M (2011) Forensic case formulation. *Int J Forensic Ment Health* 10(2):118–126
- Hart SD, Cox DN, Hare RD (1995) Hare psychopathy checklist: screening version (PCL: SV). Multi-Heath Systems, Bd. 1995 ([https://scholar.google.com/citations?user=djpmwisaaaaaj&hl=de&scioq=pcl-sv\)++\(hart,+1995\)&oi=sra](https://scholar.google.com/citations?user=djpmwisaaaaaj&hl=de&scioq=pcl-sv)++(hart,+1995)&oi=sra))
- Hauser NC, Herpertz SC, Habermeyer E (2021) Das überarbeitete Konzept der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11: Neuerungen und mögliche Konsequenzen für die forensisch-psychiatrische Tätigkeit. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 15(1):30–38. <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00648-3>
- Hauser NC, Hollerbach P, Habermeyer E (2022) Behandlungskonzepte bei Menschen mit Psychopathie. *Werkstattsschriften für Forensische. Psychiatr Psychother* 31:354
- Hilton NZ, Harris GT, Rice ME, Lang C, Cormier CA, Lines KJ (2004) A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism: the Ontario domestic assault risk assessment”. *Psychol Assess* 16(3):267–275
- Hodgins S (1995) Major mental disorder and crime: an overview. *Psychol Crime Law* 2(1):5–17
- Hodgins S (2008) Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 363(1503):2505–2518
- Hodgins S, Müller-Isberner R (2004) Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry* 185(3):245–250
- Hoffmann K (2009) Migranten im Maßregelvollzug. *Recht Psychiatr* (27):67–74 (<https://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/1307>)
- Hoffmann J, Glaz-Ocik J (2012) DyRiAS-Intimpartner: Konstruktion eines online gestützten Analyse-Instruments zur Risikoeinschätzung von tödlicher Gewalt gegen aktuelle oder frühere. *Poliz Wiss* (2):45–57
- Hollerbach P, Mokros A, Nitschke J, Habermeyer E (2018) Hare Psychopathy Checklist-revised: Deutschsprachige Normierung und Hinweise zur sachgerechten Anwendung. <https://psycnet.apa.org/record/2018-39742-002>
- Holzinger B, Kirste A (Hrsg) (2017) Integrative Behandlung von Patienten mit Substanzproblematik, psychotischer Erkrankung und/oder Persönlichkeitsstörung
- Hörburger TA, Habermeyer E (2020) Zu den Zusammenhängen zwischen paraphilen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Sexualdelinquenz. <http://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/50536>
- Jeung-Maarse H, Herpertz SC (2020) Neues zur Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen – Änderungen in ICD-11. *Nervenarzt* 91(9):863–871
- Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J (2004) Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 34(3):433–442
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophren Bull* 13(2):261–276
- Kennealy PJ, Skeem JL, Manchak SM, Loudon EJ (2012) Firm, fair, and caring officer-offender relationships protect against supervision failure”. *Law Hum Behav* 36(6):496–505
- Köck P, Walter M (2018) Personality disorder and substance use disorder—An update. *Ment Health Prev* 12:82–89. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.003>
- Kraus JE, Sheitman BB (2005) Clozapine reduces violent behavior in heterogeneous diagnostic groups. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*
- Krause C, Habermeyer E (2022) Qualität forensisch psychiatrischer und psychologischer Gutachten. *Prax Rechtspsychol* 32(1):109–124. <https://doi.org/10.51625/pdr20220105>
- Kröber H-L (2018) Standards und offene Probleme des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Anmerkungen zu den DGPPN-Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 12:126–135
- Kröber H-L, Brettel H, Rettenberger M, Stübner S (2019) Empfehlungen für Prognosegutachten: Erfahrungswissenschaftliche Empfehlungen für kriminalprognostische Gutachten. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 13(4):334–342. <https://doi.org/10.1007/s11757-019-00558-z>
- Lau S, Günther MP, Kling S, Kirchbner J (2019) Latent class analysis identified phenotypes in individuals with schizophrenia spectrum disorder who engage in aggressive behaviour towards others. *Eur Psychiatr* 60:86–96
- Mallion JS, Wood JL, Mallion A (2020) Systematic review of ‘Good Lives’ assumptions and interventions. *Aggress Violent Behav* 55:101510. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101510>
- Mann K, Hoch E, Batra A, Bonnet U, Günthner A, Reymann G, Soyka M, Wodarz N, Schäfer M (2016) Leitlinienorientierte Behandlung alkoholbezogener Störungen. *Nervenarzt* 87(1):13–25
- Marshall WL, Serran GA, Fernandez YM, Mulloy R, Mann RE, Thornton D (2003) Therapist characteristics in the treatment of sexual offenders: tentative data on their relationship with indices of behaviour change. *J Sex Aggress* 9(1):25–30
- McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD (2020) Schizophrenia—an overview. *JAMA Psychiatry* 77(2):201–210
- Modestin J, Wuermle O (2005) Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatry Clin Neurosci* 59(1):25–29
- Mokros A, Habermeyer E (2013) Behandlung von Straftätern mit ausgeprägten psychopathischen Eigenschaften. In: Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F (Hrsg) Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern. MWV, Berlin, S 291–301
- Mokros A, Hollerbach P, Nitschke J, Habermeyer E (2017) Deutsche Version der Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) von R.D. Hare. Hogrefe
- Müller JL, Saimeh N, Briken P, Eucker S, Hoffmann K, Koller M, Wolf T, Dudeck M, Hartl C, Jakovljevic A-K, Klein V, Knecht G, Müller-Isberner R, Muysers J, Schiltz K, Seifert D, Simon A, Steinböck H, Stuckmann W, Weissbeck W, Wiesemann C, Zeidler R (2017) Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB: Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. *Nervenarzt* 88(1):1–29. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0382-3>

- Müller-Isberner R, Schmidbauer WM, Born P (Hrsg) (2014) Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 V3: Handbuch Deutsche Version. Institut für Forensische Psychiatrie Haina e.V., IFPH, Haina
- Müller-Isberner R, Born P, Eucker S, Eusterschulte B (Hrsg) (2017) Praxishandbuch Maßregelvollzug: Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie, 3. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Nedopil N, Endrass J, Rossegger A, Wolf T (2021) Prognose: Riskeinschätzung in forensischer Psychiatrie und Psychologie: ein Handbuch für die Praxis. Pabst Science Publishers
- Neumann M, Wittland I, Schmitz SL (2023) Ein Überblick über ausgewählte standardisierte Instrumente zur Erfassung des Risikos von Entweichungen im Kontext von Lockerungsprognosen in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 17(2):239–250. <https://doi.org/10.1007/s11757-023-00773-9>
- Nordström A, Kullgren G (2003) Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38(6):326–330. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0640-5>
- Olver ME (2022) Treatment of psychopathic offenders: a review of research, past, and current practice. *Psychopathy Crim Behav*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811419-3.00001-7>
- Olver ME, Wong SCP (2015) Short- and long-term recidivism prediction of the PCL-R and the effects of age: a 24-year follow-up". *Pers Disord Theory Res Treat* 6(1):97–105
- Orfanos S, Banks C, Priebe S (2015) Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom* 84(4):241–249
- Peddicord AN, Bush C (2015) A comparison of suboxone and methadone in the treatment of opiate addiction. *J Addict Res Ther* 06(04)
- Pickard H, Fazel S (2013) Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: Some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics: psychiatric practice and clinical ethics. *Curr Opin Psychiatry* 26(4):349 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3907744/>)
- Prochaska JO, DiClemente CC (1982) Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change". *Psychother Theory Res Pract* 19(3):276–288
- Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA (2001) Violent offenders: appraising and managing risk (law and public policy: psychology and the social sciences, 4. Aufl. American Psychological Association, Washington DC
- Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA (2006) Violent offenders: Appraising and managing risk, 2. Aufl.
- Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J (1998) Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophren Bull* 24(3):437–441
- Rettenberger M (2016) Handbuch kriminalprognostischer Verfahren. Hogrefe, Göttingen
- Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard A-I, Annweiler C, Gourevitch R, Jollant F, Olie J-P, Bourdel M-C, Lhuillier J-P, Beauchet O (2016) Major mental disorders, gender, and criminological circumstances of homicide. *J Forensic Leg Med* 39:117–124. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.01.014>
- Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B (2010) Motivational interviewing. *BMJ* 340:c1900. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1900>
- Rossegger A (2010) Rückfälligkeit nach Entlassung aus dem Strafvollzug in der Schweiz: Die Validität des HCR-20. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 161(07):254–259
- Rossegger A, Urbaniok F, Danielsson C, Endrass J (2009) Der Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) – ein Instrument zur Kriminalprognose bei Gewaltstraftätern. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77(10):577–584. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109705>
- Rossegger A, Laubacher A, Vetter S, Urbaniok F, Kilvinger F, Endrass J (2010) Prädiktive Validität LSI-R bei entlassenen Gewalt- und Sexualstraftätern. <https://kops.uni-konstanz.de/entities/publication/c9e8e849-b275-40a3-b4c0-553ecd50231d>
- Rossegger A, Laubacher A, Moskvitin K, Villmar T, Palermo GB, Endrass J (2011) Risk assessment instruments in repeat offending: the usefulness of FOTRES. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 55(5):716–731
- Rossegger A, Gerth J, Endrass J (2013) SORAG: sex offender risk appraisal guide. <https://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/38803>
- Saimeh N (2017) Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Migrationshintergrund. In: Dulz B, Briken P, Kernberg OF, Rauchfleisch U (Hrsg) Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Schattauer, Stuttgart, S 136–148
- SAMW (2019) Medizin-ethische Richtlinien: Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. https://bullmed.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/fr/bms.2002.08666/dc66d25f87314ef946a7e6882e1ec0d4a4fa75fa/bms_2002_08666.pdf/rsr/jf
- Schmitt C (2007) Liste zur Vorhersage von Entweichungs- und Lockermisbrauchstendenzen (LIVELT). Weissenthurm (Unveröffentlichtes Manuskript)
- Schoppmann S, Balensiefen J, Lau S, Graf M, Hachtel H (2021) Patients' views with regard to personal recovery in forensic psychiatry in German-speaking Switzerland—an explorative study. *Front Psychiatry* 12:695096
- Schoppmann S, Balensiefen J, Nienaber A, Rogge S, Hachtel H (2022) The perspective of staff members of two forensic psychiatric clinics in German-speaking Switzerland on the introduction of recovery orientation: an explorative study. *Front Psychiatry* 13:946418. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.946418>
- Schoretsanitis G, Paulzen M, Unterecker S, Schwarz M, Conca A, Zernig G, Gründer G, Haen E, Baumann P, Bergemann N, Clement HW, Domschke K, Eckermann G, Egberts K, Gerlach M, Greiner C, Havemann-Reinecke U, Hefner G, Helmer R, Jansen G, Jaquenoud-Sirot E, Laux G, Messer T, Mössner R, Müller MJ, Pfuhlmann B, Riederer P, Saria A, Schoppek B, Gracia SM, Stegmann B, Steimer W, Stingl JC, Uhr M, Ulrich S, Waschglar R, Zurek G, Hiemke C (2018) TDM in psychiatry and neurology: A comprehensive summary of the consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in neuropsychopharmacology, update 2017; a tool for clinicians. *World J Biol Psychiatry* 19(3):162–174
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2018) Medizin-Ethische Richtlinien: Zwangsmassnahmen in der Medizin, 5. Aufl. Basel
- Seewald K, Rossegger A, Gerth J, Urbaniok F, Phillips G, Endrass J (2018) Effectiveness of a risk-need-responsivity-based treatment program for violent and sexual offenders: Results of a retrospective, quasi-experimental study. *Leg Criminol Psychol* 23(1):85–99
- Sewall LA, Olver ME (2019) Psychopathy and treatment outcome: results from a sexual violence reduction program". *Pers Disord Theory Res Treat* 10(1):59–69
- Shaw J, Higgins C, Quartey C (2017) The impact of collaborative case formulation with high risk offenders with personality disorder. *J Forensic Psychiatry Psychol* 28(6):777–789
- Shinkfield G, Ogloff J (2016) Comparison of HoNOS and HoNOS-Secure in a forensic mental health hospital. *J Forensic Psychiatry Psychol* 27(6):867–885
- Simpson AIF, Penney SR (2018) Recovery and forensic care: recent advances and future directions. *Criminal Behav Ment Health* 28(5):383–389
- Stompe T (2008) Persönlichkeitsstörungen und Gefährlichkeit. *Psychiatr Psychother* 4(1):5–13

- Stompe T, Strnad A, Ritter K, Fischer-Danzinger D, Letmaier M, Ortwein-Swoboda G, Schanda H (2006) Family and social influences on offending in men with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 40(6–7):554–560
- Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, Wagner R (1997) Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 60(1):1–22. <https://doi.org/10.1080/00332747.1997.11024781>
- Thibaut F, Cosyns P, Fedoroff JP, Briken P, Goethals K, Bradford JM, WFSBP Task Force on Paraphilias (2020) The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry* 21(6):412–490
- Turner D, Briken P (2018) Treatment of Paraphilic disorders in sexual offenders or men with a risk of sexual offending with Luteinizing hormone-releasing hormone agonists: an updated systematic review. *J Sex Med* 15(1):77–93. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.013>
- Turner D, Briken P (2020) Pharmacological approaches for offenders with intellectual and developmental disabilities. In: Lindsay WR, Craig LA, Griffiths D (Hrsg) *The Wiley handbook on what works for offenders with intellectual and developmental disabilities: an evidence-based approach to theory, assessment, and treatment*. Wiley-Blackwell
- Urbanio F (2021) FOTRES – Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System: Diagnostik, Risikobeurteilung und Risikomanagement bei Straftätern, 4. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Urbanio F, Endrass J, Rossegger A, Noll T (2007) Violent and sexual offences: a validation of the predictive quality of the PCL:SV in Switzerland. *Int J Law Psychiatry* 30(2):147–152. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2006.04.001>
- Urwyler T (2022) *Handbuch Strafrecht-Psychiatrie-Psychologie*. Helbing Lichtenhahn, Basel
- Urwyler T, Noll T (2020) Fesselungen und Fixierungen von Gefangenen und Eingewiesenen im Straf- und Massnahmenvollzug: Eine systematische Übersicht zu empirischen Befunden und juristischen Rahmenbedingungen. Helbing Lichtenhahn, Basel (https://www.researchgate.net/profile/thierry-urwyler/publication/339658247_fesselungen_und_fixierungen_von_gefangenen_und_ingewiesenen_im_straf-_und_massnahmenvollzug_eine_systematische_übersicht_zu_empirischen_befunden_und_juristischen_rahmenbedingungen)
- Urwyler T, Treuthardt D, Sidler C, Lau S, Habermeyer E (2021) Beurteilung der Fluchtgefahr bei Vollzugslockerungen. *Jusletter*, No. 1075
- Urwyler T, Treuthardt D, Sidler C, Lau S, Habermeyer E (2022) Rückkehrorientierung im Straf und Massnahmenvollzug bei ausländischen Inhaftierten ohne Bleibeperspektive in der Schweiz. *N Z Kriminol Kriminalpolit* 2022(1):36–47
- Victoroff J, Coburn K, Reeve A, Sampson S, Shillcutt S (2014) Pharmacological management of persistent hostility and aggression in persons with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 26(4):283–312
- de Vogel V, de Ruiter C, Bouman Y, de Vries Robbé M (2007) “Structured assessment of protective factors for violence risk. *BMC Psychiatry*
- de Vogel V, Bouman Y, ter Paul H, Stam J, Lancel M, Kröger U (2016) Gewalttätige Frauen: Eine Multicenter Studie über Genderunterschiede in der forensischen Psychiatrie. *Psychology* 27:145–168
- Voß T (2014) Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 8(3):169–174. <https://doi.org/10.1007/s11757-014-0279-y>
- Wallace C, Mullen PE, Burgess P (2004) Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 161(4):716–727
- Ward T (2002) The management of risk and the design of good lives. *Aust Psychol* 37(3):172–179
- Ward T, Mann RE, Gannon TA (2007) The good lives model of offender rehabilitation: clinical implications. *Aggress Violent Behav* 12(1):87–107. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.004>
- Weber J, Schaub J, Bumann C, Sacher K (2015) Anordnung und Vollzug stationärer therapeutischer Massnahmen gemäss Art. 59 StGB mit Fokus auf geschlossene Strafanstalten bzw. geschlossene Massnahmeneinrichtungen: Studie zuhanden der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF). <https://kalaidos-fh.elsevierpure.com/de/publications/anordnung-und-vollzug-station%c3%a4rer-therapeutischer-massnahmen-gem%c3%a4-2>
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD (1997) HCR-20. Assessing the risk of violence. Version, 2. <http://www.publicacions.ub.edu/refs/indices/06370.pdf>
- Webster CD, Martin ML, Brink J, Nicholls TL, Middleton C (2004) *Manual for the short-term assessment of risk and treatability (START), version 1.0*. Port Coquitlam
- Wischka B (2013) Zur Notwendigkeit von Erprobungsräumen bei der Behandlung von Straftätern innerhalb und außerhalb der Mauern. In: *Behandlung von Straftätern*. Centaurus, Herbolzheim, S 487–509
- Wormith JS, Zidenberg AM (2018) The historical roots, current status, and future applications of the risk-need-responsivity model (RNR). In: *New frontiers in offender treatment*. Springer, Cham, S 11–41

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.