

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Soziale Arbeit

Studiengang: MAS in Sozialmanagement 2008-2009

Masterthesis

Wirkung sichern
Qualitätsstandards für die stationäre Behandlung
von Straftätern und Straftäterinnen mit
psychischen Störungen

Günther Weber-Koradi
Glärnischstrasse 34
8820 Wädenswil

Wädenswil, 15. Februar 2009

Zusammenfassung

Die Bewährungs- und Vollzugsdienste vollziehen Strafen und Massnahmen. Sie sind zuständig für die stationäre Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen mit einer psychischen Störung. Die Behandlung wird von Institutionen mit unterschiedlichen Infrastrukturen und therapeutischen Konzepten durchgeführt.

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, welche Rahmenbedingungen und Behandlungsansätze Rückfälle vermeiden helfen. Sie klärt, welche Grundsätze zu beachten sind um deliktpräventive Wirkung und damit den Schutz der Allgemeinheit zu gewährleisten; sie hält Wirksamkeits-Prinzipien fest, die erfolgreiche, forensisch-psychiatrische Arbeit in stationärem Rahmen kennzeichnen.

Die Wirksamkeits-Prinzipien werden mit einem geeigneten Konzept systematisch analysiert; mit den Kategorien des EFQM-Modells (European Foundation for Quality Management) wird für jedes einzelne Wirksamkeits-Prinzip festgehalten, welche fachliche Qualität anzustreben ist, welche Merkmale Qualität charakterisieren und wie Qualität gewährleistet werden kann. Damit werden Standards für die stationäre Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen mit einer psychischen Störung definiert.

Die Standards beschreiben Kriterien für einen wirksamen Behandlungsprozess: Sie dienen den Bewährungs- und Vollzugsdiensten als Grundlage um die Qualität stationärer Einrichtungen zu beurteilen, therapeutische Inhalte verbindlich festzulegen und Leistungsvereinbarungen mit qualitativen Vorgaben abzuschliessen.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Einleitung | 5 |
| 2 | Die stationäre Behandlung nach Art. 59 StGB: Der Prozess und seine Beteiligten..... | 7 |
| 2.1 | Die Bewährungs- und Vollzugsdienste: Auftrag und Aufbau..... | 7 |
| 2.2 | Vollzugseinrichtungen: Psychiatrische Kliniken, Konkordateinrichtungen und übrige Institutionen..... | 10 |
| 2.3 | Klientel: Merkmale und Störungsbilder..... | 11 |
| 3 | Qualitätskriterien für externe Leistungserbringer: Das Fachkonzept Bewährungshilfe und Massnahmenvollzug als Grundlage | 13 |
| 4 | Wirksamkeits-Prinzipien: Was wirkt?..... | 15 |
| 4.1 | Effektivität in der Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen | 15 |
| 4.2 | Ergebnisse in der Evaluationsforschung | 15 |
| 4.3 | Diagnose und Individueller Vollzugsplan | 16 |
| 4.4 | Vollzugslockerungen und Beziehungskontinuität | 18 |
| 4.5 | Motivation und Zwang..... | 20 |
| 4.6 | Klarer struktureller und konzeptioneller Rahmen | 22 |
| 4.7 | Wirksame Ansätze in der Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen..... | 23 |
| 4.7.1 | Tiefenpsychologische und Kognitiv-verhaltensorientierte Ansätze..... | 23 |
| 4.7.2 | Deliktorientierte Ansätze..... | 24 |
| 4.7.3 | Kombination deliktorientierter Ansätze mit der Behandlung von Problembereichen der Persönlichkeit..... | 25 |
| 4.8 | Wirksamkeits-Prinzipien für die stationäre Behandlung nach Art. 59 StGB..... | 27 |
| 5 | Qualität in den Vollzugseinrichtungen..... | 30 |
| 5.1 | Strukturen, Prozesse und Ergebnisse als Ordnungskategorien..... | 30 |
| 5.2 | Das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) als Werkzeug für die strukturierte Qualitätsdefinition | 30 |
| 5.3 | Qualitätskategorien im EFQM-Modell | 31 |
| 5.4 | Qualitätsstandards in der stationären Behandlung..... | 32 |
| 6 | Schlussfolgerungen und Ausblick..... | 61 |
| 7 | Literaturverzeichnis..... | 64 |
| 8 | Anhang | 68 |
| 8.1 | Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen..... | 68 |
| 8.2 | Anhang 2: Das Zürcher „Ambulante Intensiv-Programm“ (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern | 72 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Organigramm Bewährungs- und Vollzugsdienste der Justizdirektion..... | 8 |
| Abbildung 2: Ablauf einer stationären Behandlung nach Artikel 59 StGB | 9 |
| Abbildung 3: EFQM-Modell..... | 31 |

1 Einleitung

Seit einigen Jahren befinden sich die Justiz und ihre Sanktionen verstärkt im Fokus gesellschaftlicher Beachtung und medialer Berichterstattung. Die öffentliche Sensibilität und die Erwartungen an einen wirkungsorientierten Straf- und Massnahmenvollzug sind gestiegen. Rückfälle und neues menschliches Leid sollen unbedingt vermieden werden. Sicherheit und Schutz vor Straftätern und Straftäterinnen sind legitime Bedürfnisse der Öffentlichkeit. Das Amt für Justizvollzug des Kantons Zürich hält als oberstes Arbeitsziel die Vermeidung von Rückfällen und den Schutz der Öffentlichkeit fest¹. Als eine der fünf Hauptabteilungen des Amtes stehen die Bewährungs- und Vollzugsdienste (BVD) in der Pflicht, erneute Delinquenz ihrer Klientel zu verhindern.

Auf dem Hintergrund einer verstärkten Konzentration auf die Straftaten der Klientel haben die BVD im Rahmen ihres Qualitätsmanagements das Fachkonzept Bewährungshilfe und Massnahmenvollzug (Fachkonzept) entwickelt. Das Fachkonzept orientiert sich an der Rückfallverhinderung und stellt die Risikoorientierung in das Zentrum ihrer Tätigkeiten; Risiken für neue Straftaten sollen erkannt und bearbeitet werden. Nachdem die BVD mit dem Fachkonzept die Grundlage für ihr fachliches Selbstverständnis geschaffen haben, sollen in einem nächsten Schritt qualitative Vorgaben für die zahlreichen externen Leistungsanbieter und Leistungsanbieterinnen formuliert werden.

Die Abteilung Massnahmen und Bewahrung 5 (Abteilung MB5), deren Abteilungsleiter der Schreibende ist, hat ihren Auftragschwerpunkt bei den stationären therapeutischen Massnahmen zur Behandlung psychischer Störungen von erwachsenen Straftätern und Straftäterinnen, welche in Artikel 59 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (Art. 59 StGB) geregelt werden. Die Abteilung MB5 delegiert die Behandlung ihrer Klientel an externe Institutionen; diese sollen durch die stationäre Behandlung von Störungen und der Verbesserung sozialer Kompetenzen ein deliktfreies Leben der Klienten und Klientinnen erzielen. Für die Durchführung stationärer Massnahmen besteht lediglich eine vor einigen Jahren erstellte Liste von Einrichtungen, welche mit dem Vollzug therapeutischer Massnahmen und stationärer Behandlungen psychisch kranker Straftäter und Straftäterinnen beauftragt werden. Neben fachlichen Kriterien waren vor allem strukturelle Rahmenbedingungen für einen Platz auf der Liste wesentlich. Die Institutionen erbringen ähnliche Grundleistungen, unterscheiden sich aber stark in ihren Behandlungs-

¹ Das Amt für Justizvollzug hält in der „Essenz“ ihr Selbstverständnis, ihre Arbeitsziele und ihr Qualitätsverständnis fest (2001, S. 1).

konzepten. Nicht überall werden Instrumente eingesetzt, die rückfallverhindernde Wirkung versprechen: Oftmals fehlen das notwendige forensische² Fachwissen und Kenntnisse über den Einsatz deliktpräventiver Behandlungsmethoden.

Mit der vorliegenden Arbeit werden Qualitätsstandards für einen wirksamen Behandlungsprozess erarbeitet; sie versprechen besonderen Erfolg zur Erreichung der zentralen Behandlungsziele Deliktfreiheit und soziale (Re-)Integration. Damit wird eine Grundlage geschaffen, welche es den BVD ermöglicht, die Qualität der einzelnen Vollzugseinrichtungen und ihre Eignung zur Durchführung stationärer Massnahmen zu beurteilen und Leistungsvereinbarungen mit qualitativen Vorgaben abzuschliessen.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teile: In Kapitel 2 werden die Rahmenbedingungen und die unmittelbar am Behandlungsprozess Beteiligten beschrieben. In Kapitel 3 und 4 wird der Frage nachgegangen, welche Behandlungsansätze und weiteren Faktoren einen erfolgreichen therapeutischen Prozess begünstigen; dabei wird die aktuellste Forschung im Kontext der Arbeitsweisen in den Vollzugseinrichtungen und der Abteilung MB5 herangezogen. Aus den daraus abgeleiteten Wirksamkeits-Prinzipien werden in Kapitel 5 schliesslich Standards entwickelt, welche als Vorgabe für die Vollzugseinrichtungen dienen sollen. Das EFQM-Modells (European foundation for Quality management) liefert dabei ein geeignetes Raster für die einzelnen Qualitätskategorien.

Wenn in dieser Arbeit die Begriffe Straftäter und Straftäterinnen verwendet werden, so ist damit stets die Klientel der Abteilung MB5 gemeint, also erwachsene Personen mit einer stationären Massnahme nach Art. 59 StGB. Weil diese Klientel überwiegend aus Männern besteht, wird die männliche Bezeichnung der weiblichen vorangestellt oder ausschliesslich die männliche Form verwendet, wenn die Verwendung beider Formen die Lesbarkeit erschwert.

Wädenswil, 15. Februar 2009

Günther Weber-Koradi

² Unter Forensik wird die Behandlung, Beurteilung und Rehabilitation psychisch kranker Straftäter und Straftäterinnen verstanden.

2 Die stationäre Behandlung nach Art. 59 StGB: Der Prozess und seine Beteiligten

2.1 Die Bewährungs- und Vollzugsdienste: Auftrag und Aufbau

Die Bewährungs- und Vollzugsdienste (BVD) sind eine von fünf Hauptabteilungen des Amtes für Justizvollzug, welches seinerseits zur Direktion der Justiz und des Innern des Kantons Zürich gehört. Teil ihres gesetzlichen Auftrags ist der Vollzug strafrechtlicher Sanktionen. Unter dem Begriff Sanktionen vereinigt das Strafgesetzbuch (StGB) Strafen und Massnahmen. Massnahmen haben einen spezialpräventiven Charakter; sie sollen die besondere Rückfallgefahr bekämpfen, die sich aus einer psychischen Störung³, einem Suchtproblem oder einer Entwicklungsstörung junger Erwachsener ergibt. Massnahmen bezwecken die Verhinderung von Straftaten und die Rehabilitation der Straftäter und Straftäterinnen. Das StGB ist kausal gegliedert und geht von einem linearen Ursache-Wirkungsmodell aus: Eine therapeutische Massnahme wird angeordnet, weil Delikte mit einer psychischen Störung, einer Entwicklungsstörung oder einem Suchtproblem gekoppelt sind und deshalb Rückfallgefahren bestehen, diese aber mittels geeigneten Interventionen vermindert oder verhindert werden können.

Massnahmen werden vorzeitig durch die Staatsanwaltschaft oder mit rechtskräftigem Urteil eines Gerichts angeordnet; je nach Schwere der Störung und Ausmass der Rückfallgefahren muss sich die Klientel ambulant oder stationär behandeln lassen.

Für den Vollzug der Massnahmen sind die BVD zuständig. Diese platzieren die Klientel bei geeigneten Fachpersonen respektive Fachstellen für den ambulanten Vollzug oder in passenden Vollzugseinrichtungen für den stationären Vollzug. Die fünf Abteilungen der BVD sind nach unterschiedlichen Auftragsschwerpunkten aufgebaut, wie Abbildung 1 aufzeigt.

³ Vgl. den Kommentar zu Art. 59 Abs. 1 StGB (Schweizerisches Strafgesetzbuch, 2006, S. 134): „Der Begriff der psychischen Störung lehnt sich an den Titel der deutschen Übersetzung der diagnostischen Leitlinien, ICD-10 Kapitel V der Weltgesundheitsorganisation an.“

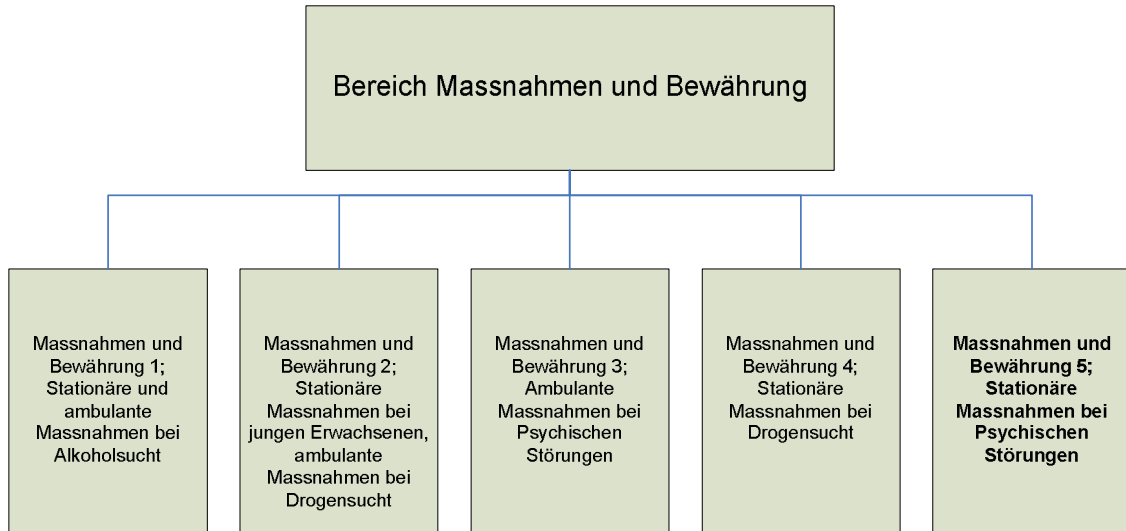


Abbildung 1: Organigramm Bewährungs- und Vollzugsdienste der Justizdirektion; eigene Darstellung

Der Auftragsschwerpunkt der vom Schreibenden geleiteten Abteilung MB5 liegt bei Straftätern und Straftäterinnen mit einer psychischen Störung, für welche eine stationäre Massnahme angeordnet wurde⁴. Stationäre therapeutische Massnahmen zur Behandlung psychischer Störungen von Straftätern und Straftäterinnen werden in Art. 59 StGB (Schweizerisches Strafgesetzbuch, 2006, S. 134) beschrieben; in der Arbeit wird deshalb auch der Ausdruck „Stationäre Massnahmen nach Art. 59 StGB“ verwendet⁵.

Auf der folgenden Seite wird der Ablauf einer stationären Massnahme nach Art. 59 StGB vereinfacht dargestellt.

⁴ Nicht zuständig ist die Abteilung MB5 für besonders gefährliche und stark rückfallgefährdete Gewaltstraftäter und -täterinnen. Dazu gehören unter anderem Verwahrte und zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verurteilte Personen; sie werden vom Sonderdienst betreut, einer Spezialabteilung der BVD.

⁵ Art. 59 und weitere gesetzliche Grundlagen, welche für die stationäre Behandlung psychisch kranker Straftäter und Straftäterinnen relevant sind, werden in Anhang 1 zitiert.

| Ablauf | Tätigkeiten |
|---|---|
| <pre> graph TD A([Psychiatrisches Gutachten liegt vor, Strafuntersuchung ist abgeschlossen, Gerichtsverfahren hat evt. stattgefunden, Anordnung der stationären Behandlung nach Art. 59 StGB]) --> B[Beurteilung der Situation und Persönlichkeit der Klientel; Interventionsplan] B --> C[Suche, Wahl der geeigneten Institution] C --> D[Platzierung in der Institution] D --> E[Behandlung durch die Institution gemäss individuellem Vollzugsplan] E --> F[Bedingte Entlassung (mit Probezeit, Anordnung Bewährungshilfe und Erteilung von Weisungen)] F --> G([Aufhebung der Massnahme]) </pre> | <p>Ein Psychiatrisches Gutachten liegt vor und empfiehlt die Durchführung einer stationären Massnahme nach Art. 59 StGB. Die Strafuntersuchung ist abgeschlossen; die Klientel befindet sich in der Regel weiterhin im Gefängnis. Die Staatsanwaltschaft oder das Gericht ordnen den Vollzug der Massnahme an. Das Gericht schiebt den Vollzug einer allfälligen Freiheitsstrafe für die Dauer des Massnahmenvollzugs auf. Die Massnahme dauert maximal fünf Jahre; nach Ablauf der Frist sind Verlängerungen durch das Gericht möglich, sofern die Bedingungen einer Entlassung nicht erfüllt sind und weiterhin Risiken für Straftaten im Zusammenhang mit der vorhandenen psychischen Störung bestehen.</p> <p>Die Abteilung MB5 bestimmt einen Fallverantwortlichen/eine Fallverantwortliche (die Fallverantwortlichen der BVD haben ein Studium der Sozialarbeit, -pädagogik oder -wissenschaften absolviert und besitzen ein breites juristisches Erfahrungswissen). Der/ Die Fallverantwortliche legt auf der Grundlage der Untersuchungs- und Prozessakten sowie Gesprächen mit dem Klienten/der Klientin die Schwerpunkte der anstehenden stationären Behandlung fest.</p> <p>Der/Die Fallverantwortliche wählt eine geeignete Vollzugseinrichtung. Die Vollzugseinrichtung bestätigt die Aufnahme des Klienten/der Klientin.</p> <p>Der/Die Fallverantwortliche platziert den Klienten/die Klientin in der Vollzugseinrichtung. Die Aufnahme erfolgt meist über eine geschlossene Abteilung, teilweise mit hoher Aussensicherung.</p> <p>Die Vollzugseinrichtung führt die stationäre Behandlung durch. Sie erstellt für den Klienten/die Klientin einen individuellen Behandlungsplan. Das Behandlungsteam und der/die Fallverantwortliche treffen sich mindestens jährlich zu Standortgesprächen. Die Vollzugseinrichtung informiert mit schriftlichem Bericht jährlich über den Behandlungsverlauf; dieser äussert sich zur Entwicklung des Klienten/der Klientin, zur Erreichung der Behandlungsziele und zum Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich. Der/die Fallverantwortliche führt mit dem Klienten/der Klientin jährlich eine Anhörung durch und entscheidet über die Fortsetzung der Massnahme. Therapeutische Erfolge ermöglichen Ausgang und Urlaub, führen zur Versetzung in einen zunehmend offeneren Rahmen und bereiten die bedingte Entlassung vor.</p> <p>Dem erfolgreichen Abschluss der therapeutischen Behandlung folgt die bedingte Entlassung. Diese ist mit Auflagen verbunden; falls notwendig ordnet der/die Fallverantwortliche eine Bewährungshilfe an und erteilt Weisungen. In der Regel hat sich der Klient/die Klientin einer ambulanten Nachbehandlung zu unterziehen.</p> <p>Nach erfolgreichem Abschluss der Probezeit hebt der/die Fallverantwortliche die stationäre Massnahme auf und verfügt, dass eine allfällig aufgeschobene Freiheitsstrafe nicht mehr vollzogen wird.</p> |

Abbildung 2: Ablauf einer stationären Behandlung nach Artikel 59 StGB; eigene Darstellung

2.2 Vollzugseinrichtungen: Psychiatrische Kliniken, Konkordateinrichtungen und übrige Institutionen

Für den Vollzug stationärer Massnahmen stehen Psychiatrische Kliniken, Konkordateinrichtungen⁶ und weitere Institutionen zur Verfügung. Für den Kanton Zürich führen 13 deutschsprachige Vollzugseinrichtungen stationäre Massnahmen nach Art. 59 StGB durch. Sie bieten etwa 260 Plätze an, wovon ungefähr 100 Plätze auch Frauen offen stehen; in den einzelnen Institutionen reicht die Bandbreite von 2 bis 80 Plätzen (Stand Dezember 2008). Die Institutionen liegen an verschiedenen Orten der Schweiz; ihre dezentrale Lage ermöglicht die frühzeitige Einbindung der Klientel in die Umgebungsstrukturen einer Institution und fördert Reintegration und Rehabilitation.

Nicht alle Einrichtungen haben sich auf eine forensische Klientel spezialisiert; teilweise nehmen die Institutionen auch Personen auf, die keine stationäre Massnahme durchzuführen haben. In den Institutionen wird ein breites Spektrum psychiatrischer Diagnosen und persönlicher Probleme behandelt.

Psychiatrische Kliniken eignen sich für Straftäter und Straftäterinnen, bei welchen eine schwerwiegende psychopathologische Symptomatik im Vordergrund der Behandlung steht und letztere vollständig oder überwiegend in einem psychiatrischen Rahmen erfolgen soll. Konkordateinrichtungen kommen für Straftäter und Straftäterinnen in Frage, welche keiner klinisch-psychiatrischen, sondern eher einer sozialpädagogischen Behandlung bedürfen. Nichtforensische Institutionen sind nur zweckmässig als Nachfolgeplatzierung im Anschluss an den Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik oder Konkordateinrichtungen. Sie eignen sich für Straftäter und Straftäterinnen, bei welchen die Arbeitsintegration im Mittelpunkt der Bemühungen steht und die bedingte Entlassung in Sichtweite liegt.

⁶ Die Kantone können für Fragen, die in ihre Kompetenzen fallen, Konkordate eingehen. Für den Straf- und Massnahmenvollzug haben sich die Kantone in drei Regionen zusammengeschlossen: 1. Strafvollzugskonkordat der Nordwestschweiz und der Innerschweiz; 2. Strafvollzugskonkordat der welschen und italienischen Schweiz; 3. Strafvollzugskonkordat der Ostschweiz, zu welchem der Kanton Zürich gehört.

2.3 Klientel: Merkmale und Störungsbilder

Leygraf (2006, S. 195) hält mit Hinweis auf eine Studie zum Massregelvollzug⁷ in Deutschland aus dem Jahre 1988 fest, dass die Klientel überwiegend aus sozialen Strukturen mit niedrigem sozioökonomischem Status stammt, einen tendenziell geringen Bildungsstand aufweist und eine unstete Berufs- respektive Beschäftigungskontinuität besitzt. Die Klienten und Klientinnen sind meist vorbestraft und haben häufig Heimkarrieren erlebt; die wenigsten haben vor dem Antritt ihrer stationären Massnahme in einer festen Partnerschaft gelebt. Der Anteil von Frauen ist gering⁸. Leygraf (2006, S. 195) hält weiter fest, dass über 80% der Klientel im deutschen Massregelvollzug unter einer Psychose (40%) oder einer Persönlichkeitsstörung (44%) leidet. Persönlichkeitsstörungen treten oft in Verbindung mit einer intellektuellen Minderbegabung auf und stellen bei Sexualstraftätern und -täterinnen oft die Hauptdiagnose dar (Elsner, 2006, S. 305). Neben der primären psychischen Erkrankung sind regelmässig Suchtprobleme, meist in Form eines Alkoholmissbrauchs, zu beobachten.

Die Merkmale der Klientel der Abteilung MB5 entsprechen den obgenannten Studienresultaten aus Deutschland. Von den aktuell betreuten 113 Personen⁹ der Abteilung MB5 weisen 51% eine Psychose und 36% eine Persönlichkeitsstörung auf, weshalb diese beiden Störungsbilder in der Folge kurz beschrieben werden.

Unter Psychosen leidet ca. 1% der Bevölkerung (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2003, S. 93). Psychosen treten sehr häufig als schizophrene Erkrankung auf: Neben klarem Bewusstsein und intakten intellektuellen Fähigkeiten sind das Denken und die Wahrnehmung gestört. Häufig sind akustische Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Psychosen treten episodisch auf oder haben einen chronischen Charakter. Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003, S. 93-94) halten fest, dass Straftaten häufig mit Wahnvorstellungen verbunden sind und

⁷ Der Massregelvollzug in Deutschland ist mit dem Massnahmenvollzug in der Schweiz vergleichbar. „Massregeln dienen sowohl der Besserung eines Täters als auch der Sicherheit der Allgemeinheit vor ihm“ (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2003, S. 27). Im Unterschied zur Schweiz müssen mindestens „Taten aus dem Bereich der mittleren Kriminalität vorliegen“ und es werden weitere, schwerwiegende Delikte befürchtet. Zum Massregelvollzug wird die Klientel für unbestimmte Zeit in einem psychiatrischen Krankenhaus platziert.

⁸ Die therapeutische Behandlung von Frauen unterscheidet sich gemäss Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003, S. 45) nicht „in der Technik, wohl aber in der inhaltlichen Schwerpunktsetzung“ von derjenigen bei Männern, was insbesondere dann gilt, wenn Täterinnen selber Opfer einer Straftat waren.

⁹ Im Dezember 2008 betreute die MB5 113 Personen, davon 8 Frauen und 105 Männer. Das Durchschnittsalter der Klientel lag bei 38 Jahren in einer Bandbreite von 21 bis 68 Jahren. Der Delikthintergrund war unterschiedlich; bei den strafbaren Handlungen gegen Leib und Leben reichten die Delikte beispielsweise von der einfachen Körperverletzung bis zur vorsätzlichen Tötung.

sich allmählich eskalierend entwickeln; sie hängen oft mit bereits bestehenden Konflikten zusammen und betreffen meist Bezugspersonen.

Persönlichkeitsstörungen betreffen ca. 5-10% der Bevölkerung (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim (2003, S. 70). Laut Weltgesundheitsorganisation (2000, S. 225) zeigen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung gegenüber einer nicht kranken Bevölkerungsmehrheit „deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen“. Persönlichkeitsstörungen beginnen laut Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003, S. 71) in der Kindheit oder Adoleszenz; die Verhaltensmuster sind stabil, in vielen sozialen Situationen eindeutig unpassend und mit „deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit gekoppelt“. Anhand der auffälligsten und am häufigsten auftretenden Verhaltensmuster erfolgt eine Unterteilung in Merkmalsgruppen; dazu gehört beispielsweise die paranoide Ausprägung der Persönlichkeitsstörung.

Durch psychotische und aggressive Verhaltensweisen gefährden Klienten und Klientinnen Dritte und verunmöglichen die Durchführung der Behandlung. Die Kontrolle akuter Krankheitssymptome dient dem Schutz der Klientel und der Besserung ihres Gesundheitszustandes. Sie erfolgt mit dem Einsatz von Medikamenten. Die medikamentöse Behandlung entspricht den in der Allgemeinpsychiatrie bekannten medikamentösen Therapieverfahren (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2003, S. 94). Sie erfolgt gut abgestimmt auf die übrigen therapeutischen Massnahmen, dient der Stabilisierung und erhöht die Wirkung der Behandlungsmassnahmen. Sie ist oft langfristig notwendig und sollte, wenn immer möglich, mit dem Einverständnis der Klientel erfolgen.

3 Qualitätskriterien für externe Leistungserbringer: Das Fachkonzept Bewährungshilfe und Massnahmenvollzug als Grundlage

2005 haben die Bewährungs- und Vollzugsdienste damit begonnen, einheitliche inhaltliche und konzeptionelle Vorgaben für die Arbeit mit ihrer Klientel zu entwickeln. Entstanden ist das Fachkonzept Bewährungshilfe und Massnahmenvollzug. Dieses wurde als fachliche Grundlage in einem mehrjährigen Implementierungsprozess für alle BVD-Mitarbeitenden verbindlich eingeführt. Das Fachkonzept äussert sich gestützt auf theoretische und empirische Grundlagen zur fachlich-methodischen Ausführung der Bewährungshilfe.

Zentrales Element des Fachkonzeptes ist der risikospezifische Fokus, festgehalten im Teilkonzept „Risikoorientierte Bewährungshilfe“ (Konzept ROB). Galt bis anhin die Resozialisierung der Straftäter und Straftäterinnen als oberstes Ziel der Bewährungshilfe, legt das Fachkonzept den Schwerpunkt neu auf die Deliktverhinderung. Um das Risiko eines Rückfalls in delinquentes Verhalten zu verhindern, sind im Rahmen strafrechtlicher Massnahmen deliktrelevante Faktoren zu bearbeiten. Im Mittelpunkt jeglicher Interventionen steht die Ausrichtung auf die kriminogenen Risikofaktoren¹⁰ der Straftäter und Straftäterinnen. Im Blickpunkt stehen Einstellungen, Verhaltensweisen und die Lebensumstände der einzelnen Klienten und Klientinnen. Die Bearbeitung kriminogener Risikofaktoren ist wesentlicher Erfolgsgarant für eine Risikominderung und somit Rückfallverhinderung. Bearbeitet werden sollen jene Bereiche, welche Einfluss auf das Rückfallrisiko haben, zum Einsatz sollen Interventionen gelangen, deren risikomindernde Wirkung wissenschaftlich erwiesen ist (Mayer, Schlatter & Zobrist, 2005a, S. 14).

Mit dem Fachkonzept wurde die Grundlage für das fachliche Selbstverständnis der BVD geschaffen. In der konkreten Umsetzung wurde bisher das „Klienten-Assessment- und Interventions-Planungs-System“ (KLIPS) entwickelt, welches abteilungsübergreifend von den Mitarbeitenden der BVD angewendet wird. Anhand von Kriterien wie Offenlegungsbereitschaft, Unrechtseinsicht, Opferempathie oder Risikoeinsicht schätzen die Fallverantwortlichen das Rückfallrisiko der einzelnen Klienten und Klientinnen ab und nehmen eine entsprechende Interventionsplanung vor. Allerdings führt der Bereich Massnahmen und Bewährung der BVD derzeit weder ambulante noch stationäre Behandlungen selber durch. Die therapeutische Arbeit ist an

¹⁰ Unter kriminogenen Risikofaktoren werden Einstellungen und Fertigkeiten verstanden, die kriminelle Verhaltensweisen fördern. Dazu gehören beispielsweise antisoziale Einstellungen und Gefühle, mangelhafte soziale und zwischenmenschliche Fähigkeiten, exzentrisches und irrationales Denken, Störungen der Selbstkontrolle oder mangelhafte Problemlösungsfertigkeiten (Müller-Isberner, 2005, S. 5).

externe Leistungserbringer und -erbringerinnen delegiert, denen bis anhin weder das Fachkonzept noch das KLIPS kommuniziert worden sind, da sich beides noch in der Erprobungsphase befindet. Obwohl die Fallverantwortlichen also bei jedem Klienten auf der Grundlage eines Risikoassessments einen Interventionsplan erstellen, reichen sie diesen nicht an die Vollzugseinrichtungen weiter.

Das Fachkonzept hält Wirksamkeits-Prinzipien¹¹ fest, welche auftragsübergreifende Gültigkeit haben. Es differenziert allerdings nicht, welche Faktoren bei der stationären Behandlung psychisch kranker Straftäter und Straftäterinnen besonders zu beachten sind. Es gilt deshalb, Prinzipien für die stationäre Behandlung zu definieren, welche optimale deliktpräventive Wirkung sichern. Daraus abzuleiten sind Qualitätsstandards, welche die BVD von ihren externen Leistungserbringern einzufordern haben, wenn sie ihre eigenen Vorgaben im Behandlungsprozess durchsetzen wollen.

Bei den BVD hat ein eigentlicher Paradigmenwechsel stattgefunden: Nicht nur die Resozialisierung, sondern die Risikoverminderung steht im Zentrum sämtlicher Bemühungen. Das Fachkonzept definiert die Risikoorientierung als wichtigstes Arbeitsprinzip mit dem Ziel, erneute Delinquenz zu verhindern. Risikoorientierung bedeutet, dass jene Aspekte therapeutisch bearbeitet werden, die kriminelles Verhalten auslösen oder begünstigen (die sogenannten kriminogenen Risikofaktoren). In einem nächsten Schritt müssen die BVD ihren externen Leistungserbringern spezifische Vorgaben machen, um grösstmögliche Wirksamkeit und erwünschte Qualität auch in der stationären Behandlung psychisch kranker Straftäter und Straftäterinnen sicherzustellen.

¹¹ Ausführungen zu den Wirksamkeits-Prinzipien folgen ab Kapitel 4.

4 Wirksamkeits-Prinzipien: Was wirkt?

4.1 Effektivität in der Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen

Wie im vorangehenden Kapitel beschrieben, stellen die BVD die Minderung des Rückfallrisikos der Klienten und Klientinnen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit. Demnach müssen sie von ihren externen Leistungsanbietern die Risikominderung als vorrangiges Ziel und wichtigstes Qualitätsmerkmal therapeutischer Arbeit einfordern. Von den externen Leistungserbringern können die BVD neben Effizienz auch Effektivität¹² erwarten: Vollzugseinrichtungen haben Ressourcen nicht nur sparsam, sondern auch nutzbringend – d.h. dem Ziel der Risikominderung verpflichtet - einzusetzen.

Um Qualitätskriterien formulieren zu können, ist auf der Grundlage wissenschaftlicher Wirksamkeitsforschung zu klären, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit die Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen den erwünschten Nutzen - die Reduktion von Rückfällen - gewährleistet. Oder mit einer Frage formuliert: Was wirkt?

4.2 Ergebnisse in der Evaluationsforschung

Wissenschaftliche Studien haben nachgewiesen, dass die Behandlung von Straftätern Rückfallkriminalität vermindern kann; behandelte Straftäter weisen geringere Rückfallraten auf als nicht behandelte (Müller-Isberner, 2005, S. 2). Die Wirksamkeitsforschung hat jedoch auch festgestellt, dass nicht jede Form von Intervention wirkt und auch kein einzelner Interventionsansatz mit herausragenden Ergebnissen bei der Reduktion von Rückfälligkeit definiert werden kann. Allerdings lassen sich Wirksamkeits-Prinzipien festhalten, obwohl die Interpretation der Ergebnisse durch methodische Probleme der Evaluationsforschung erschwert wird¹³ und noch besser fundierte Forschungsergebnisse notwendig sind (Lösel & Bender, 1997, S. 190).

¹² Drucker (1967, S. 12) unterscheidet zwischen „do the things right“ (Effizienz: die Dinge *richtig* tun) und „do the right things“ (Effektivität: die *richtigen* Dinge tun).

¹³ Erwähnt werden fehlende gleichwertige Vergleichsstichproben, die heterogene Zusammensetzung der Behandlungsgruppen, die vielfältige Ausgestaltung von Behandlungskonzepten, mangelhafte Kompetenzen der therapeutischen Mitarbeitenden einer Institution oder Forschungsergebnisse, welche v. a. die Behandlung junger Straffälliger betreffen (Lösel & Bender, 1997, S. 190). Weitere Schwierigkeiten schafft die Tatsache, dass eine Hauptstörung häufig mit einer anderen sie begleitenden Störung verbunden ist. Diese Verbundenheit wird als „Komorbidität“ bezeichnet (Lösel & Bender, 1997, S. 172-175).

Die evaluierten Wirksamkeits-Prinzipien beziehen sich fast ausschliesslich auf den Strafvollzug und machen keine spezifischen Aussagen zu Straftätern mit einer psychischen Störung. Laut Müller-Isberner (2005, S. 1) gelten sie jedoch auch für diese Tätergruppe. Mit Verweis auf die Resultate einer Studie zum Massregelvollzug in Deutschland hält Leygraf (2006, S. 194) ergänzend fest, dass die Klientel des Massregelvollzugs eher den Tätern im Strafvollzug „als den nichtdelinquenten psychisch Kranken“ gleicht. Vieles spreche deshalb dafür, dass Programme, die für Personen im Strafvollzug entwickelt und erfolgreich angewendet wurden, auch bei der Behandlung psychisch kranker Straftäter wirksam sind (S. 213). Müller-Isberner (2004, S. 4) hält mit Verweis auf wissenschaftliche Studien weiter fest, dass Alter, Geschlecht und ethnische Herkunft den Erfolg einer Behandlung nicht beeinflussen.

Im Folgenden werden die Wirksamkeits-Prinzipien aus der Evaluationsforschung im Kontext der stationären Behandlung nach Art. 59 StGB beschrieben und mit der Arbeitsweise von Vollzugseinrichtungen und der Abteilung MB5 in Zusammenhang gebracht. Sie werden mit Kriterien ergänzt, die sich aus den spezifischen Rahmenbedingungen des Massnahmevollzugs ergeben.

4.3 *Diagnose und Individueller Vollzugsplan*

Eine stationäre therapeutische Behandlung wird durch die Staatsanwaltschaft oder das Gericht angeordnet und setzt entsprechende Empfehlungen eines psychiatrischen Gutachtens voraus. Das Gutachten stützt sich auf Angaben in den Untersuchungsakten, Gespräche mit dem Klienten, Auskünfte von Bezugspersonen und die Resultate testpsychologischer Verfahren. Es diagnostiziert vorhandene Störungen und definiert die kriminogenen Faktoren, „die im Fokus der Behandlung stehen sollen“ (Leygraf, 2006, S. 205). Lösel und Bender (1997, S. 190-191) nennen die Straftäter-Diagnose als ein Wirksamkeitsprinzip und weisen darauf hin, dass differenzierte Diagnosen mit spezifischen Informationen zum jeweiligen Delikt nicht nur für Gefährlichkeitsprognosen und Platzierungsentscheidungen, sondern auch für die Behandlungsoptimierung erforderlich sind.

Die Vollzugseinrichtungen ergänzen das psychiatrische Gutachten durch eigene diagnostische Einschätzungen. Sie erstellen zu Beginn einer stationären Massnahme gemeinsam mit dem

Klienten einen individuellen, schriftlichen Vollzugsplan¹⁴. Dieser hält die psychiatrische Diagnose und Prognose fest, beschreibt die kriminogenen Risikofaktoren, konkretisiert die Vollzugs- und Behandlungsziele im Einzelfall „und nennt Massnahmen sowie pädagogische und therapeutische Mittel, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen“ (Ostschweizer Strafvollzugskommission, 2006, S. 3).

Neben den Aussagen zur therapeutischen Behandlung macht der Vollzugsplan Angaben zur Unterbringung, zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie und nennt allfällig notwendige flankierende Massnahmen. Er wird dem Behandlungsverlauf laufend angepasst, mit dem Klienten aber mindestens halbjährlich überprüft und ausgewertet (Ostschweizer Strafvollzugskommission, 2008, S. 4). Das Behandlungsteam wertet die eigenen Interventionen in regelmässigen Sitzungen aus. Diese dienen der „Abstimmung konkreter Vorgehensweisen in den verschiedenen Kontexten“ einer Vollzugseinrichtung (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2003, S. 66). Sie fördern die gemeinsame Reflexion des Behandlungsprozesses und dienen dazu, die Anwendung und Wirkung von Interventionen kontinuierlich zu überprüfen.

Einheitliche Standards hinsichtlich Erarbeitung, Überprüfung und Kommunikation des Vollzugsplans fehlen in der Schweiz (Heer, 2007, S. 1605). Die Vollzugspläne der einzelnen Institutionen haben deshalb unterschiedliche Qualität.

Interventionen werden auf der Grundlage einer sorgfältigen Diagnose, welche die kriminogenen Risikofaktoren mitberücksichtigt, geplant und in einem individuellen Vollzugsplan festgehalten. Der individuelle Vollzugsplan macht Behandlungsprozesse transparent, nimmt den Klienten als Partner ernst und verpflichtet ihn in einer verbindlichen Form zur Mitarbeit. Der Vollzugsplan schafft Orientierung und ermöglicht die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten. Der Vollzugsplan dient der Zielüberprüfung und sollte von allen Beteiligten gemeinsam erarbeitet werden. Interventionen sind gemäss individuellem Vollzugsplan durchzuführen; deren Anwendung und Wirkung ist kontinuierlich zu überprüfen.

¹⁴ Die Erstellung eines individuellen Vollzugsplanes ist gesetzlich vorgeschrieben: Das StGB äussert sich dazu in Art. 90 Abs. 2 (Schweizerisches Strafgesetzbuch, 2006, S. 177), die Ostschweizer Strafvollzugskommission hat Richtlinien für die Vollzugsplanung festgelegt (Ostschweizer Strafvollzugskommission 2006, S. 1-4).

4.4 *Vollzugslockerungen und Beziehungskontinuität*

Vollzugseinrichtungen, welche stationäre Massnahmen nach Art. 59 StGB durchführen, arbeiten mit unterschiedlichen organisatorischen Konzepten. Diese prägen den Aufbau und die Infrastruktur einer Institution. Idealtypisch werden entweder ein Stufenkonzept oder ein Wohngruppenmodell eingesetzt (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2003, S. 61); die beiden Modelle weisen unterschiedliche Merkmale auf.

Beim Wohngruppenmodell verbleiben Klienten und Klientinnen während der gesamten Behandlungsdauer in derselben Abteilung einer Institution, was Beziehungs- und Betreuungskontinuität gewährleistet. Die meisten Vollzugseinrichtungen arbeiten jedoch mit einem Stufenkonzept (Leygraf, 2006, S. 198-200). Klienten und Klientinnen befinden sich zunächst in einer eng strukturierten, bei Bedarf hoch gesicherten Abteilung. Behandlungsfortschritte und die Reduktion von Rückfallrisiken führen mittels Lockerung¹⁵ zum Wechsel in eine geschlossene und später offene Abteilung, bevor die bedingte Entlassung möglich ist. Lockerungen können auch innerhalb einer Abteilung erfolgen, indem beispielsweise begleitete oder unbegleitete Ausgänge gewährt werden.

Lockerungen bedeuten eine Reduktion der Sicherungsmassnahmen „in institutioneller, baulicher und personeller Hinsicht“ (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2003, S. 66).

Lockerungen fördern die Behandlungsmotivation, indem sie therapeutische Fortschritte sichtbar machen. Sie helfen soziale Isolation zu vermeiden, indem sie die Pflege sozialer Kontakte ermöglichen. Sie dienen dem Einüben sinnvoller Freizeitaktivitäten und dem Transfer des Erlernen in den Alltag des Klienten. Sie geben Aufschluss darüber, ob positive Verhaltensänderungen in einem weniger strukturierten Rahmen stabil bleiben. Lockerungen werden vom Klienten dann erfolgreich gemeistert, wenn die Behandlung alltagsnah gestaltet ist, die lebenspraktischen Fertigkeiten gezielt unterstützt werden und damit die selbständige Orientierung ausserhalb der Vollzugseinrichtung gewährleistet bleibt (Mayer, Schlatter & Zobrist, 2005b, S. 7).

Leygraf (2006, S. 201-202) fordert, dass die Gewährung von Schwellenlockerungen¹⁶ besonders sorgfältig abzuwägen ist. Er nennt dabei vier Qualitätsstufen: Den ersten begleiteten Ausgang, den ersten unbegleiteten Ausgang, den ersten Urlaub und die Versetzung in ein offenes Umfeld ohne sichernde Infrastrukturen. Um beurteilen zu können, ob eine Schwellenlockerung ange-

¹⁵ Lockerungen werden im Weiteren auch als Vollzugslockerungen bezeichnet.

¹⁶ Schwellenlockerungen beinhalten eine neue, bis anhin nicht erlebte Dimension von Bewegungsfreiheit.

messen ist, ist der Fachaustausch aller am Behandlungsprozess Beteiligten, die Analyse des bisherigen Tatverhaltens und die Anwendung von Prognoseinstrumenten notwendig. Im Fokus stehen deliktrelevante Risikofaktoren; jede einzelne Vollzugslockerung setzt voraus, dass die Rückfallgefahren reduziert werden konnten.

Die Abteilung MB5 setzt die Empfehlungen von Leygraf dahingehend um, dass Vollzugseinrichtungen geplante Lockerungen mit schriftlichem Antrag zu begründen haben. Sie stehen damit in der Pflicht, den bisherigen Behandlungsverlauf kritisch zu beurteilen. Die Risikoeinschätzungen der Vollzugseinrichtungen sind nicht standardisiert und fallen entsprechend mehr oder minder differenziert aus. Die Abteilung MB5 sichert mit der Kontrolle eine unvoreingenommene Beurteilung durch eine externe Instanz.

Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003, S. 61) halten zum Stufenkonzept kritisch fest, dass die Versetzung in eine andere Abteilung den Abbruch wichtiger Beziehungen nach sich ziehen kann. Sie stellen fest, dass ein Stufenkonzept die Gefahr in sich birgt, dass die Klientel nach jeder Lockerung die darauf folgende Lockerung als Selbstverständlichkeit erwartet, gewissermassen eine Eigendynamik entstehen kann, bei der jede Lockerung mit dem positiven Verlauf der vorangegangenen Lockerung begründet wird. Lockerungen haben laut Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003) die Zielerreichung der Behandlung zu fördern und sind deshalb nicht bloss eine Belohnung therapeutischer Fortschritte (S. 68-70).

In der Schweiz arbeiten die meisten Vollzugseinrichtungen mit einem Stufenkonzept, verwenden dieses aber nicht in einer idealtypischen Form. Vollzugslockerungen werden gemäss individuellem Vollzugsplan unterschiedlich rasch und in unterschiedlicher Form und Intensität gewährt. Wechselt der Klient die Abteilung, Station oder Wohngruppe, so bleiben wichtige Bezugspersonen weiterhin zuständig. Jeder Therapieerfolg entsteht schlussendlich aus der persönlichen Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Klienten. Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003, S. 64) halten denn auch fest, dass die Identifikation mit einer konstanten, ganzheitlich erlebten Bezugsperson dem Klienten Halt und Orientierung gibt und für die Entwicklung persönlicher Kompetenzen wesentlich ist.

Eine feste Bezugsperson ist auch nach dem stationären Massnahmevollzug wesentlich; sie trägt dazu bei, den Behandlungserfolg und die soziale (Re-)Integration zu sichern. Die bedingte Entlassung erfordert einen stabilen sozialen Empfangsraum und eine intensive Nachsorge. Die bedingte Entlassung wird mit dem Klienten langfristig geplant, um ihn schrittweise an die Erfor-

dernisse seines künftigen Umfelds heranzuführen. Es gilt die Arbeits- oder Beschäftigungssituation zu regeln, eine geeignete Unterkunft zu beschaffen und eine externe forensisch psychiatrische Nachbetreuung zu etablieren. Die BVD leisten im Rahmen der Bewährungshilfe¹⁷ soziale Unterstützung. Eine Studie der Klinik für forensische Psychiatrie Haina in Deutschland aus dem Jahre 1997 belegt den eindeutig rückfallpräventiven Effekt der Nachsorge (Leygraf, 2006, S. 249).

Vollzugslockerungen sind im Rahmen einer stationären Behandlung unabdingbarer Teil des Gesamtrehabilitationsplans. Lockerungen sind stets unter dem Aspekt der Risikoorientierung zu beurteilen und zu bewilligen. Im Fokus stehen deliktrelevante Risikofaktoren; jede einzelne Vollzugslockerung setzt voraus, dass die Rückfallgefahren reduziert werden konnten. Vollzugslockerungen dienen individuell der Erreichung des Behandlungsziels und dürfen nicht bloss standardisiert als eine Belohnung therapeutischer Fortschritte eingesetzt werden. Ist eine Vollzugslockerung mit einer Versetzung in eine andere Abteilung verbunden, ist die Konstanz der therapeutischen Beziehung sicherzustellen. Konstante Bezugspersonen tragen nach der bedingten Entlassung aus der stationären Massnahme dazu bei, den Behandlungserfolg zu stabilisieren. Die bedingte Entlassung ist sorgfältig vorzubereiten und eine intensive Nachsorge zu etablieren.

4.5 Motivation und Zwang

Straftäter und Straftäterinnen werden unfreiwillig in die stationäre Behandlung eingewiesen. Für deren Anordnung sind Behandlungsbedarf und Behandlungsfähigkeit unumgängliche Voraussetzungen. Die Behandlungsfähigkeit bezieht sich gleichermassen auf die Vollzugseinrichtung und den Klienten. Um dem Bedarf des Klienten gerecht zu werden, sind angemessene institutionelle Rahmenbedingungen, spezifische Therapieangebote und qualifiziertes Personal erforderlich: Letzteres benötigt laut Lösel und Bender (1997, S. 192) „forensisch-therapeutische Fachkenntnisse und Fertigkeiten“. Daneben braucht der Klient minimale Sprachkenntnisse und kognitive Kompetenzen. Unwesentlich ist sein Bedürfnisempfinden: Eine stationäre Behandlung kann ohne anfängliche Behandlungsbereitschaft und ohne Einsicht in deren Notwendigkeit durchgeführt werden. Notwendig ist jedoch ein Minimum an Kooperation, Interaktion und

¹⁷ Gemäss Artikel 93 Abs. 1 StGB (Schweizerisches Strafgesetzbuch, 2006, S. 179) sollen die betreuten Personen mit der Bewährungshilfe vor Rückfälligkeit bewahrt und sozial integriert werden.

Kommunikation. Dahle (1997, S. 149) hält fest, dass jede therapeutische Behandlung auf der Interaktion zwischen Fachperson und Klient beruht und die Mitwirkung des Klienten erfordert.

Fehlende Motivation und fehlendes Krankheitsbewusstsein sind, insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen, oft typische Anzeichen der psychischen Störung. Gerade zu Beginn einer stationären Behandlung ist die Motivation der Klientel oft nur extrinsisch¹⁸ bedingt; der Klient ist einerseits erleichtert, keine Gefängnisstrafe verbüßen zu müssen, möchte aber auch keine langjährige stationäre Therapie durchführen. Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003, S. 198) halten fest, dass Klienten und Klientinnen am Anfang einer Behandlung selten an einer inneren Veränderung interessiert sind, sondern auf eine möglichst baldige Entlassung hoffen. Die Bereitschaft, sich mit dem Delikt auseinanderzusetzen, entsteht häufig erst mit den ersten Therapiefortschritten.

Die Motivationslage der Klienten und Klientinnen ist oft ambivalent und geprägt durch ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber strafrechtlichen Institutionen, mangelndem Wissen über und Zweifel an den Möglichkeiten der Behandlung (Leygraf, 2006, S. 207). Gleichzeitig ist es aber einzig der Klient, der sich in einem Interaktionsprozess mit seinen Bezugspersonen die notwendigen individuellen Voraussetzungen für ein deliktfreies Leben schaffen kann. Eine fortwährende, transparente Informationsvermittlung und die Stärkung des Glaubens des Klienten an die eigenen positiven Entwicklungsmöglichkeiten und Ressourcen stärken die diesbezügliche Motivation oder machen sie überhaupt erst möglich. Urbaniok (2000, S. 169) hält fest, dass eine ressourcenorientierte Therapie die Motivation des Klienten fördert und bessere Ergebnisse als eine defizitorientierte Therapie erzielt. Zusammen mit tragfähigen therapeutischen Beziehungen erhöht ein unterstützendes institutionelles Umfeld die Wirksamkeit therapeutischen Handelns. Lösel und Bender halten dazu folgendes fest (1997):

Bei der stationären Straftäterbehandlung [ist] das gesamte organisatorische Arrangement von Bedeutung. Insbesondere sollte ein therapeutisch und pädagogisch förderliches, zwischenmenschlich sensibles, aber zugleich normorientiertes Organisationsklima bestehen ... Ähnlich wie in der Familie, Schule oder in Heimen dürfte sich vor allem eine Kombination von Akzeptanz/Unterstützung und Kontrolle/Anforderung günstig auswirken. (S. 193)

¹⁸ Extrinsisch meint die durch äusseren Druck, Zwang oder Strafe verursachte Motivation (Duden, 2000, S. 436). Das Gegenteil einer extrinsischen Motivation ist die intrinsische Motivation. Darunter wird die aus eigenem Antrieb, durch die von einer Aufgabe ausgehenden Anreize bedingte Motivation verstanden (Duden, 2000, S. 640).

Strafende Interventionen zeigen hingegen keine oder eine kontraproduktive Wirkung (Claudon & Fink, 2008, S. 23; Müller-Isberner, 2005, S. 4).

Nebst dem unterstützenden Umfeld steigert eine interdisziplinäre therapeutische Arbeit die Prozess- und Ergebnisqualität von Interventionen; unterschiedliche Betrachtungsweisen finden zusammen und fördern einen differenzierteren Blick auf den Entwicklungsprozess des Klienten (Urbaniok & Stürm, 2006, S. 109).

Grundvoraussetzung für eine Behandlung im Zwangskontext des strafrechtlichen Vollzugs ist nicht nur ein sorgfältig diagnostizierter Behandlungsbedarf des Klienten, sondern ebenso die Behandlungsfähigkeit von Klient und Vollzugseinrichtung. Hingegen ist die Motivation des Klienten nicht zwingend notwendig, sondern entsteht als wesentlicher Bestandteil der Behandlung im Therapieverlauf. Ein entwicklungsförderndes, interdisziplinäres institutionelles Umfeld, tragfähige therapeutische Beziehungen und die gezielte Stärkung der Ressourcen der Klienten und Klientinnen fördern deren Motivation, an jenen Veränderungen ihrer Persönlichkeit, Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen zu arbeiten, welche für ein delikt-freies Leben notwendig sind.

4.6 Klarer struktureller und konzeptioneller Rahmen

Behandlungsprozesse müssen innerhalb eines klar strukturierten institutionellen Rahmens ablaufen; klare Regeln bezüglich Rechten und Pflichten geben den Klienten und Klientinnen Orientierung und Halt. Die Evaluationsforschung zeigt, dass strukturierte, eher hierarchisch organisierte Einrichtungen bessere deliktpräventive Erfolge sichern als Institutionen, welche die Einhaltung bestimmter Verhaltensnormen nur locker kontrollieren (Lösel & Bender, 1997, S. 191).

Ein theoretisch fundiertes Beratungskonzept sichert den klaren konzeptionellen Hintergrund und orientiert sich „an empirischen gesicherten Daten und an evidenzbasiertem Wissen¹⁹“ (Mayer et al., 2005b, S. 5). Lösel und Bender (1997, S. 190) stellen im Rahmen umfassender Metaanalysen von Therapieevaluationsstudien fest, dass die „Evaluationsforschung zeigt, dass vor allem solche Programme wirksam sind, die auf empirisch bewährten Theorien über die Entwicklung und Aufrechterhaltung kriminellen Verhaltens basieren ... Grundsätzlich scheinen eher solche

¹⁹ Evidenzbasierung bedeutet, dass jeweils jene Erkenntnisse Anwendung finden respektive jene Mittel eingesetzt werden, welche gemäss aktueller wissenschaftlicher Forschung beste Wirkung garantieren.

Modelle angezeigt, die mehr auf die Kontrolle spezifischer Verhaltensprobleme als unspezifische Persönlichkeitsveränderungen abzielen“. Urbaniok und Stürm (2006a, S. 105) nehmen diesen Befund auf und halten fest: „Hinsichtlich methodischer Aspekte zeigten sich bei vergleichenden Untersuchungen die Therapien in ihrer Wirksamkeit überlegen, die durch eine Orientierung auf Verhaltensaspekte vor einem klaren konzeptionellen und strukturellen Hintergrund gekennzeichnet waren“.

Im Folgenden werden die wichtigsten Therapiekonzepte kurz beschrieben und bezüglich ihrer Wirksamkeit in der Straftäterbehandlung beurteilt.

4.7 *Wirksame Ansätze in der Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen*

4.7.1 Tiefenpsychologische und Kognitiv-verhaltensorientierte Ansätze

In Bezug auf Straftäter und Straftäterinnen unterscheiden sich die Behandlungstraditionen zwischen Kontinentaleuropa und dem angelsächsischen Raum stark. Im kontinentaleuropäischen Raum war die Behandlung lange Zeit von einem tiefenpsychologischen Ansatz geprägt. Mit diesem Ansatz erfolgen Interventionen in Einzel- oder Gruppensettings, wobei die Einzeltherapie im Mittelpunkt steht. Die Fachperson konzentriert sich auf die Beziehungsgestaltung. Inhalte werden vornehmlich über die therapeutische Beziehung vermittelt. Diese ist der entscheidende Wirkfaktor tiefenpsychologischer Ansätze. Im Fokus der Behandlung stehen gemäss Buonicini (2005, S. 24) die ganzheitliche Betrachtung der Person und ihre biographischen Aspekte, die Konzentration auf die Lebensgeschichte und die damit in Zusammenhang stehende defizitäre psychische Entwicklung des Straftäters. Einerseits erlaubt dies individuell abgestimmte Behandlungsziele, andererseits findet die Straftat und das konkrete Tatverhalten kaum therapeutische Beachtung.

Im angelsächsischen Raum kamen in erster Linie kognitiv-verhaltensorientierte Ansätze zur Anwendung. Interventionen erfolgen in Gruppensettings und die Inhalte werden vornehmlich didaktisch vermittelt. Ziele der Anwendung kognitiv-verhaltensorientierter Ansätze sind die Verbesserung sozialer Fertigkeiten, die Kontrolle schwieriger Verhaltensweisen und die Veränderung deliktfördernder Einstellungen (Urbaniok & Schmalbach, 2002, S. 9). Eingesetzt werden zahlreiche lerntheoretische Programme. Die Reihenfolge und die Durchführung einzelner Behandlungsschritte sind von Beginn weg festgelegt. Sie werden standardisiert angewendet und sind häufig hoch strukturiert. Sorgfältig ausgearbeitet und planmässig durchgeführt sind stan-

dardisierte, auf wissenschaftlicher Forschung basierende Programme sehr wirksam (Mayer, 2007, S. 27). Kritisch anzumerken ist, dass die Programme keinem prozessorientierten Ablauf folgen und nicht auf die individuellen Bedürfnisse des Straftäters, seine Entwicklungsbedingungen und Persönlichkeitsmerkmale zugeschnitten sind. Wegen der ausgeprägten Programmstruktur können therapeutische Fachpersonen spezielle Fähigkeiten kaum in den Behandlungsprozess einbringen. Die Beziehung zwischen Behandler und Behandeltem spielt bei kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen eine untergeordnete Rolle.

4.7.2 Deliktorientierte Ansätze

Deliktorientierte Ansätze wurden aus kognitiv-verhaltensorientierten Ansätzen entwickelt. Sie stellen das Tatverhalten ins Zentrum der Behandlung. Interventionen erfolgen in Gruppensettings; Urbaniok und Sturm (2006a, S. 112) halten fest, dass Gruppenbehandlungen das zentrale therapeutische Arbeitsfeld forensischer Behandlung bilden. Deliktorientierte Ansätze haben das Ziel, deliktpräventiv zu wirken und die Rückfallrisiken des Straftäters zu reduzieren. Das Tatverhalten ist Ausdruck bestimmter deliktspezifischer Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale. Deliktbegünstigende Faktoren, Deliktverlauf und -dynamik werden genau analysiert (Christoffel & Schönfeld, 2008, S. 9). Zum Einsatz gelangt ein breites Spektrum psychotherapeutischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungselemente. In der Behandlung wird nicht die Beseitigung respektive Heilung, sondern die Kontrolle einer Störung angestrebt.

Urbaniok (2003, S. 45) hält als Ziel deliktorientierter Interventionen fest, „dass der Täter Experte für sein eigenes Tatverhalten werden soll“. Mit diesem Wissen und seiner Fähigkeit, Risikoanzeichen zu erkennen sowie eigene Verhaltensweisen zu steuern und zu kontrollieren, verbessert der Klient die Aussichten, zukünftiges Tatverhalten zu vermeiden.

Die idealtypische Anwendung tiefenpsychologischer und kognitiv-verhaltensorientierter Ansätze hat Nachteile. Tiefenpsychologisch tätige Therapeuten und Therapeutinnen stellen die Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt und vernachlässigen das Gespräch über Delikt-szenarien. Kognitiv-verhaltensorientiert arbeitende Fachpersonen bearbeiten deliktfördernde Einstellungen, unterschätzen hierbei jedoch die Bedeutung der Beziehungsgestaltung. Deliktorientierte Ansätze in standardisierten Gruppensettings fokussieren auf das Deliktverhalten, vernachlässigen aber die Behandlung problematischer Bereiche der Persönlichkeit von Straftätern und Straftäterinnen.

4.7.3 Kombination deliktorientierter Ansätze mit der Behandlung von Problembereichen der Persönlichkeit

Urbaniok und Schmalbach (2002, S. 17), Mitarbeiter des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes der Justizdirektion (PPD), halten fest, dass „die Kombination aus speziellen zum Pflichtprogramm einer jeden Therapie gehörenden deliktorientierten Behandlungselementen mit ergänzender Behandlung der Grundpersönlichkeit die höchste Effektivität“ verspricht. Im vom PPD entwickelten Ambulanten Intensivprogramm (AIP)²⁰ wurden deliktorientierte Interventionen mit der Behandlung von Problembereichen der Persönlichkeit denn auch mit gutem Erfolg kombiniert. Mittels deliktorientierten Interventionen wie Deliktanalyse²¹ und Deliktprävention²² muss sich der Klient gezielt mit seiner Straftat auseinandersetzen.

Durch die zusätzliche Bearbeitung persönlicher Problembereiche - beispielsweise einer mangelhaften Kommunikationsfähigkeit - wachsen die persönlichen Kompetenzen und die Fähigkeit, eigenes Verhalten zu beobachten und zu steuern, nimmt zu. Bessere persönliche Kompetenzen erleichtern wiederum die Auseinandersetzung mit der Straftat (Christoffel & Schönfeld, 2008, S. 9). Allerdings hat sich auch die Bearbeitung persönlicher Problembereiche an kriminogenen Risikofaktoren zu orientieren, also an jenen Aspekten, die mit dem individuellen kriminellen Verhalten verbunden sind, dieses auslösen oder begünstigen (Mayer et al., 2005b, S. 6). Lösel und Bender (1997, S. 183) schreiben in diesem Zusammenhang vom Bedürfnisprinzip, wonach die „Inhalte der Massnahmen auf die kriminogenen Bedürfnisse der Straftäter“ zugeschnitten sein müssen. Sie weisen darauf hin, dass Interventionen, welche auf individuelle, jedoch risikospezifische Persönlichkeitsveränderungen abzielen, für den Klienten einsichtiger und deshalb Erfolg versprechender sind als sehr allgemeine Behandlungsziele, wie beispielsweise die Änderung der Persönlichkeit oder des Selbstkonzeptes (S.191-192). Als weiteren wesentlichen Wirkfaktor nennen Lösel und Bender (1997, S. 191) das Risikoprinzip. Interventionen sollen in un-

²⁰ Das AIP (vgl. Anhang 2) wurde erfolgreich in einem bis 2006 dauernden Pilotprojekt zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern in der Strafanstalt Pöschwies in Regensburg angewandt. Die Straftäter, allesamt Männer, galten als schwer behandelbar. Sie verbüßten eine lange Freiheitsstrafe oder waren verwahrt. Die Behandlung durch den PPD erfolgte begleitend zum Strafvollzug in Form einer ambulanten Therapie. Die behandelten Straftäter stammten aus verschiedenen Wohngruppen und kehrten nach den Therapiesitzungen dorthin zurück. Die erfolgreiche Anwendung des Programms führte zu substanziellen Fortschritten in der deliktorientierten Arbeit, beispielsweise einer Zunahme der Opferempathie (Urbaniok & Schmalbach, 2002, S. 15). Wegen ihrer Intensität sind die Interventionen, obwohl in einem ambulanten Rahmen angeboten, vergleichbar mit der Durchführung einer stationären Behandlung.

²¹ Die Deliktanalyse umfasst die Offenlegung des Deliktverhaltens, die Deliktrekonstruktion, die Arbeit mit dem Deliktteil sowie die Arbeit an kognitiven Verzerrungen (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 126-128).

²² Die Deliktprävention umfasst die Förderung der Opferempathie, den individuellen Plan zur Rückfallvermeidung, sowie Coping und Creating (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 128-129). Coping bezieht sich auf die Straftaten und zielt auf alternative Verhaltensweisen. Creating fördert Verhaltensweisen, die eine befriedigende Lebensführung unterstützen.

terschiedlicher Intensität erfolgen und sich an der Höhe des Rückfallrisikos der Klientel orientieren; Personen mit hohem Rückfallrisiko benötigen eine intensive, Personen mit tiefem Rückfallrisiko eine weniger intensive Behandlung. Studien zeigen, dass intensive Interventionen bei hohen Rückfallrisiken Erfolg versprechend sind, bei geringen Rückfallrisiken aber einen negativen Effekt haben (Mayer et al., 2005b, S. 6).

Im Weiteren ist nach Lösel und Bender (1997, S. 183) das Ansprechbarkeitsprinzip zu beachten: Dieses bestimmt, dass therapeutische Vorgehensweisen an den Lernstil und die Fähigkeiten des Klienten und Klientinnen angepasst werden müssen. Auch standardisierte Interventionen²³ müssen sich an den spezifischen Behandlungszielen, den individuellen Fähigkeiten und Eigenschaften und am individuellen Lernstil der Klientel orientieren (Mayer et al., 2005b, S. 7). Wenn diese Bedingung erfüllt ist, werden standardisierten Programmen eine gute Wirkung attestiert: „Die Mehrzahl der Evaluationen weist darauf hin, dass Massnahmen der Straftäterbehandlung relativ strukturiert, kognitiv-verhaltensorientiert ... und übend sein sollten“ (Lösel & Bender, 1997, S. 192).

Im Mittelpunkt der Interventionen zur Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen steht die Deliktprävention. Interventionen zielen deshalb auf eine Verminderung der Rückfallrisiken. Diese erfordert eine Kombination verschiedener Behandlungsansätze. Beste Wirkung erzielen deliktorientierte Behandlungselemente in Kombination mit der Bearbeitung individueller Problembereiche. Letztere haben sich ebenfalls an kriminogenen Risikofaktoren zu orientieren und jene Persönlichkeitsaspekte zu bearbeiten, die einen Zusammenhang mit dem individuellen kriminellen Verhalten haben (Bedürfnisprinzip). Die Intensität der Interventionen richtet sich nach dem Rückfallrisiko (Risikoprinzip) und die Vorgehensweise nach den Fähigkeiten und dem individuellen Lernstil des Klienten (Ansprechbarkeitsprinzip).

²³ Laut Mayer (2007, S. 27) bedeutet Standardisierung die „einheitliche Durchführung der Interventionen durch alle Mitarbeitenden“.

4.8 *Wirksamkeits-Prinzipien für die stationäre Behandlung nach Art. 59 StGB*

In den Kapiteln 4.2 bis 4.7 wurde der Frage „was wirkt?“ nachgegangen. Sie lässt sich beantworten: Es gibt wissenschaftlich fundierte Prinzipien, deren Einhaltung bei der Durchführung einer stationären Behandlung nach Art. 59 StGB deliktpräventive Wirkung sichert und letztlich soziale (Re-)Integration fördert. Diese Wirksamkeits-Prinzipien lassen sich in klare strukturelle und konzeptionelle Rahmenbedingungen fassen. Daraus werden im Folgenden in tabellarischer Form Leitlinien für die stationäre Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen mit einer psychischen Störung formuliert.

| | |
|--|--|
| Wirksamkeits-Prinzip 1: Differenzierte Diagnose (Kap. 4.3) | Differenzierte Diagnosen definieren auf der Grundlage des Störungsbildes und spezifischer Informationen zum Delikt die kriminogenen Faktoren, die im Fokus der Behandlung stehen sollen. |
| Wirksamkeits-Prinzip 2: Individueller Vollzugsplan (Kap. 4.3) | Auf der Grundlage der Diagnose werden Interventionen geplant und in einem individuellen Vollzugsplan festgehalten. Interventionen werden gemäss Vollzugsplan durchgeführt und kontinuierlich auf ihre Wirkung überprüft. |
| Wirksamkeits-Prinzip 3: Vollzugslockerungen (Kap. 4.4) | Vollzugslockerungen sind unabdingbarer Teil der stationären Behandlung und dienen der Belastungserprobung. Sie geben Aufschluss darüber, ob risikospezifische Verhaltensfortschritte unter den Bedingungen erhöhter Freiheit stabil bleiben. |
| Wirksamkeits-Prinzip 4: Beziehungskontinuität (Kap. 4.4) | Eine im Behandlungsverlauf konstante Bezugsperson gibt Orientierung und Unterstützung im persönlichen Entwicklungsprozess des Klienten. |
| Wirksamkeits-Prinzip 5: Sorgfältige Nachsorge (Kap. 4.4) | Neben der sorgfältigen Entlassungsvorbereitung ist eine intensive Nachsorge zur Stabilisierung der Behandlungserfolge zu gewährleisten. Positive Einstellungs- und Verhaltensänderungen sind zu kontrollieren. |

| | |
|--|--|
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 6: Alltagsnahe Gestaltung von Interventionen (Kap. 4.4)</p> | <p>Interventionen sind alltagsnah zu gestalten, um den Transfer des Erlernten in den Alltag des Klienten zu sichern. Wo nötig, sinnvoll und unterstützend wird das soziale Umfeld des Klienten miteinbezogen.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 7: Unterstützendes institutionelles Umfeld (Kap. 4.5)</p> | <p>Ein therapeutisch und pädagogisch förderliches, unterstützendes, zugleich aber normorientiertes Umfeld, welches eine tragfähige therapeutische Beziehung sicherstellt, erhöht die Wirksamkeit therapeutischen Handelns.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 8: Kompetentes und motiviertes Personal (Kap. 4.5)</p> | <p>Motiviertes und qualifiziertes Personal mit forensisch-therapeutischen Fachkenntnissen und Fertigkeiten stellt gezieltes therapeutisches Handeln mit grösstmöglicher Wirksamkeit sicher.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 9: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kap. 4.5)</p> | <p>Das multiprofessionelle Team vereinigt psychiatrische, medizinische, pädagogische und soziale Fachkompetenzen und stellt den differenzierten Blick auf den Entwicklungsprozess des Klienten sicher.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 10: Ressourcenorientierung (Kap. 4.5)</p> | <p>Eine ressourcenorientierte Haltung und Therapie fördert die Motivation des Klienten, an den für ein deliktfreies Leben notwendigen Veränderungen zu arbeiten.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 11: Strukturelle Klarheit (Kap. 4.6)</p> | <p>Strukturierte, eher hierarchisch organisierte Einrichtungen sichern deliktpräventiven Erfolg. Klare Regeln, Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten geben Orientierung und helfen dem Klienten, sein Leben zu strukturieren.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 12: Konzeptionelle Klarheit (Kap. 4.6)</p> | <p>Interventionsmethoden basieren auf einem theoretisch fundierten Behandlungskonzept. Dieses berücksichtigt jene Erkenntnisse und Mittel, welche laut aktueller wissenschaftlicher Forschung beste Wirkung garantieren.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 13: Standardisierung, Behandlungsintegrität (Kap. 4.7.1 und 4.7.3)</p> | <p>Die therapeutische Behandlung beinhaltet die Durchführung standardisierter Programme oder Teile davon. Ziele und die Art der Durchführung von Interventionen stimmen überein. Strukturierte Interventionsprogramme werden einheitlich, die Programmintegrität während angewandt.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 14: Gruppenarbeit (Kap. 4.7.2)</p> | <p>Die Behandlung erfolgt in Gruppen. Einzeltherapeutische Sitzungen dienen der Vor- und Nachbereitung des Gruppenprozesses.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 15: Deliktorientierung (Kap. 4.7.3)</p> | <p>Deliktorientierte Behandlungselemente wie Deliktanalyse und Deliktprävention gehören zu jeder Straftäterbehandlung und versprechen (mit ergänzender Behandlung der Grundpersönlichkeit) die höchste Effektivität.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 16: Bedürfnisprinzip (Kap. 4.7.3)</p> | <p>Der individuelle Bedarf an Interventionen orientiert sich an kriminogenen Risikofaktoren. Interventionen sind auf individuelle Persönlichkeitsaspekte auszurichten, welche im Zusammenhang mit dem kriminellen Verhalten stehen.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 17: Ansprechbarkeitsprinzip (Kap. 4.7.3)</p> | <p>Interventionen – auch in strukturierten Programmen – berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten und Eigenschaften und den eigenen Lernstil des Klienten.</p> |
| <p>Wirksamkeits-Prinzip 18: Risikoprinzip (Kap. 4.7.3)</p> | <p>Das Ausmass der Intervention ist auf das Rückfallrisiko des Klienten abgestimmt: Je höher das Risiko, desto intensiver die Intervention.</p> |

5 Qualität in den Vollzugseinrichtungen

5.1 Strukturen, Prozesse und Ergebnisse als Ordnungskategorien

Die Wirksamkeits-Prinzipien des vorangehenden Kapitels halten Leitlinien für die stationäre Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen mit einer psychischen Störung fest. Sie beschreiben Rahmenbedingungen und Interventionen, die deliktpräventive Wirkung fördern und definieren damit Qualität. Härter et al. (2002, S. 23) beschreiben Qualität in diesem Zusammenhang als „die optimale Versorgung (psychisch) kranker Menschen nach dem jeweils neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Beachtung der besonderen Eigenarten und Ziele sowie behandlungsbezogenen Vorstellungen der einzelnen Persönlichkeit“.

Die Qualität einer Organisation kennt mehrere Dimensionen. Sie lässt sich in unterschiedlichen Ordnungskategorien betrachten und kann in Strukturen, Prozesse und Ergebnisse aufgeteilt werden. Strukturen beziehen sich auf die Rahmenbedingungen und Ausstattung einer Institution, Prozesse beschreiben Handlungsvorgänge und Ergebnisse nennen den erzielten oder anzustrebenden Erfolg. Der Erfolg einer stationären Behandlung entsteht als Produkt eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Faktoren.

5.2 Das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) als Werkzeug für die strukturierte Qualitätsdefinition

Die European Foundation for Quality Management war laut Engelhardt (2001, S. 22) „ursprünglich ein Zusammenschluss von 14 grossen europäischen Konzernen“. Diese entwickelten das EFQM-Modell, welches die ganzheitliche Betrachtung einer Organisation ermöglicht und in der Zwischenzeit von Hunderten Institutionen weltweit angewendet wird²⁴. Das Modell nennt anhand von neun Kategorien die Qualitätsdimensionen einer Organisation. Die einzelnen Kategorien sind in Abbildung 3 ersichtlich:

²⁴ Das EFQM-Modell hat sich als ganzheitliches Qualitätssicherungsmodell etabliert; es ermöglicht einer Organisation unter anderem eine differenzierte Selbstbewertung. Auf die Aspekte der Qualitätssicherung (Messung und darauf bezogene Massnahmen zur Verbesserung von Qualität) wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.

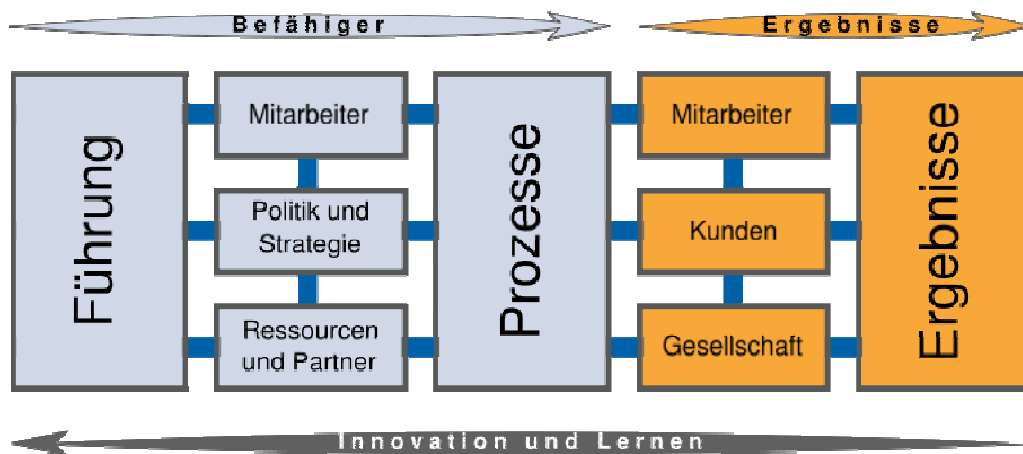


Abbildung 3: EFQM-Modell ([On-line]. Available: <http://de.wikipedia.org/wiki/EFQM-Modell>)

Die einzelnen Kategorien betreffen Aspekte der Führung, sind Prozesse oder beschreiben Ergebnisse. Ergebnisse halten fest, was eine Organisation erreichen will, die Befähiger beschreiben, wie die Organisation dabei vorgehen möchte, Innovation und Lernen bedeutet, dass Ergebnisse kontinuierlich ausgewertet und gezielt in Verbesserungen umgesetzt werden (Merchel, 2001, S. 72-75). Im Einzelnen werden folgende Kriterien unterschieden:

- Strukturen: Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiter (Personalmanagement) sowie Ressourcen und Partner (-schaften)
- Prozesse
- Ergebnisse: Kunden (-bezogene Ergebnisse), Mitarbeiter (-bezogene Ergebnisse), Gesellschaft (-bezogene Ergebnisse) sowie (Schlüssel-) Ergebnisse

5.3 *Qualitätskategorien im EFQM-Modell*

Das EFQM-Modell liefert ein geeignetes Raster um die Wirksamkeits-Prinzipien von Kapitel 4.8 eingehender zu betrachten. Das EFQM-Modell gibt den nachfolgenden Ausführungen Struktur, wird aber nicht nach den in der Fachliteratur genannten Vorgaben und den ihnen entsprechenden Leitfragen bearbeitet. Anhand der Kategorien des EFQM-Modells wird für jedes einzelne Wirksamkeits-Prinzip festgehalten, welche fachliche Qualität anzustreben ist, wie diese gewährleistet werden kann und welche Merkmale sie beschreiben. Im Zentrum steht der Behandlungsprozess mit seinen beiden Schlüsselergebnissen, der Rückfallvermeidung und sozialen (Re-)Integration des Klienten. Die Übergänge zwischen den einzelnen Kriterien überlagern sich. Die Zuordnung und Beschreibung der Fakten erfolgt dort, wo eine Aussage besonderes Gewicht hat; auf Wiederholungen wird verzichtet. Die kundenbezogenen Ergebnisse be-

schränkten sich auf Aussagen zu den Klienten und Klientinnen²⁵. Der Inhalt der einzelnen Kategorien lässt sich mit den folgenden Leitfragen umreißen:

Strukturen:

- Führung: Was verlangt das Wirksamkeits-Prinzip von den Führungskräften?
- Politik und Strategie: Welche strategischen Schritte erfordert das Wirksamkeits-Prinzip?
- Mitarbeiter: Was verlangt das Wirksamkeits-Prinzip von den Mitarbeitenden?
- Ressourcen und Partner(-schaften): Welche Ressourcen erfordert das Wirksamkeits-Prinzip? Welche Partnerschaften sind in welcher Art und Weise zu pflegen?

Prozesse:

- Prozesse: Wie müssen Prozesse ausgestaltet werden um dem Wirksamkeits-Prinzip gerecht zu werden?

Ergebnisse:

- Kunden (-bezogene Ergebnisse): Welche Auswirkungen hat das Wirksamkeits-Prinzip auf die Klienten und Klientinnen?
- Mitarbeiter (-bezogene Ergebnisse): Welche Auswirkungen hat das Wirksamkeits-Prinzip auf die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen?
- Gesellschaft (-bezogene Ergebnisse): Welche Auswirkungen hat das Wirksamkeits-Prinzip auf die Gesellschaft?
- (Schlüssel-) Ergebnisse: Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Wirksamkeits-Prinzip und den Schlüsselergebnissen der Rückfallvermeidung und sozialen (Re-)Integration des Klienten?

5.4 Qualitätsstandards in der stationären Behandlung

Der nachfolgende Katalog beschreibt für jede Qualitätskategorie des EFQM-Modells die zentralen Aspekte und Kriterien, die sich aus den Wirksamkeits-Prinzipien ableiten lassen. Damit werden Standards für die stationäre Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen mit einer psychischen Störung definiert.

²⁵ Kunden werden auch als Anspruchsgruppen bezeichnet. Laut Sander & Bauer (2006, S. 50) sind unter Anspruchsgruppen „organisierte oder nicht organisierte Gruppen von Menschen oder auch Institutionen zu verstehen, die von den Aktivitäten der Organisation positiv oder negativ betroffen sind“. Neben den Klienten und Klientinnen sind für die Durchführung einer stationären Behandlung nach Art. 59 StGB folgende Anspruchsgruppen wesentlich: Die Politik, die Öffentlichkeit oder Gemeinschaft (berücksichtigt bei den Gesellschaftsbezogenen Ergebnissen), die BVD als zuweisende Instanz (berücksichtigt bei den Partnerschaften), die Mitarbeitenden (berücksichtigt bei den Mitarbeitern und den Mitarbeiterbezogenen Ergebnissen), andere Institutionen, Angehörige sowie externe Hilfs- und Fachpersonen.

| Wirksamkeits-Prinzip 1: Differenzierte Diagnose | |
|--|--|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> Die Führungskräfte stellen sicher, dass die therapeutische Behandlung auf einer differenzierten Diagnose beruht. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> Die Vollzugseinrichtungen kennen die Diagnose des psychiatrischen Gutachtens. Sie überprüfen diese und führen eine eigene differenzierte Eingangsdiagnostik durch. Strafuntersuchungsakten, die Berichte sozialer, medizinischer oder psychiatrischer Institutionen mit deliktspezifischer Relevanz sind bekannt und werden in den Behandlungsprozess integriert. |
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> Die diagnostischen Abklärungen der BVD, welche im KLIPS und FOTRES²⁶ festgehalten sind, werden in den Behandlungsprozess integriert. |
| Prozesse | |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Die Behandlung basiert auf einer richtigen Diagnose, fokussiert auf die kriminogenen Risikofaktoren und erfolgt mit geeigneten deliktorientierten Interventionen. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Die Fachpersonen richten die Behandlung auf die diagnostizierte psychische Störung und die kriminogenen Risikofaktoren aus. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Die Diagnose macht Aussagen zur Straftat und Angaben zum Deliktverhalten des Klienten. Sie beschreibt die kriminogenen Risikofaktoren, die behandelt werden. Sie gewährleistet eine effi- |

²⁶ FOTRES (Forensisches-operationalisiertes-Therapie-Risiko-Evaluations-System) ist ein legalprognostisches Instrument zur Messung der Rückfallgefahr eines Straftäters oder einer Straftäterin. Es wurde im Jahre 2004 von Frank Urbaniok, Chefarzt des PPD, und seinem Forschungsteam entwickelt. Das FOTRES beurteilt drei Ebenen: 1. Strukturelles Rückfallrisiko; das Strukturelle Rückfallrisiko bezieht sich auf deliktrelevante Merkmale der Persönlichkeit, welche sich nicht oder nur schwer verändern lassen. Es beschreibt die Gefahr, erneut jenes Delikt zu begehen, welches zur Anordnung der stationären Behandlung geführt hat. Beurteilt werden das Tatmuster, tatrelevante Problembereiche und der Grunddisposition einer Person. 2. Beeinflussbarkeit einer Person. 3. Dynamische Risikoverminderung; beurteilt werden die veränderbaren Eigenschaften einer Person und deren Veränderungsprozesse. FOTRES wird seit Dezember 2008 von einem abteilungsübergreifend tätigen Spezialisten und einer abteilungsübergreifend tätigen Spezialistin für einen grossen Teil der Klienten und Klientinnen der Abteilung MB5 durchgeführt.

| | |
|--|---|
| | <p>ziente und effektive Behandlung mit deliktpräventiver Wirkung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Klassifikation psychischer Störungen erfolgt mit einem einheitlichen Referenzsystem, den Klinisch-diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10). |
|--|---|

| Wirksamkeits-Prinzip 2: Individueller Vollzugsplan | |
|---|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen sicher, dass Interventionen gemäss individuellem Vollzugsplan durchgeführt werden. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Der individuelle Vollzugsplan wird in den ersten drei Aufenthaltsmonaten erstellt (Ostschweizer Strafvollzugskommission, 2008, S. 4). • Der Klient wird an der Ausarbeitung des individuellen Vollzugsplans beteiligt. • Der individuelle Vollzugsplan wird regelmässig überprüft und angepasst. Der Klient wird dabei mindestens halbjährlich miteinbezogen. Nach Abschluss der Behandlung erfolgt eine gemeinsame Schlussbewertung. |
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> • Der individuelle Vollzugsplan integriert die diagnostischen Abklärungen der BVD (KLIPS und FOTRES). Die Vollzugseinrichtungen reichen den individuellen Vollzugsplan an die BVD weiter; die Fallverantwortlichen ergänzen den Plan, wenn er unvollständig ist. • Die Mitarbeitenden der BVD nehmen mindestens jährlich, nach Möglichkeit aber halbjährlich an den Gesprächen zwischen den Vollzugseinrichtungen und dem Klienten teil, worin der individuelle Vollzugsplan überprüft wird. Finden solche Gespräche nicht routinemässig statt, dann werden diese von den BVD einberufen. • Die Vollzugseinrichtungen dokumentieren den Behandlungsprozess; die BVD erhalten jährlich schriftlichen Bericht. Eine Kopie geht an den Klienten. Der Bericht nimmt Bezug auf den individuellen Vollzugsplan. Er äussert sich differenziert zur Deliktverarbeitung und zu bestehenden Rückfallrisiken. Er enthält im Ein- |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | <p>zelen Angaben zur Diagnose, zum formalen Behandlungssetting, zum Verlauf der Therapie, zur Motivation des Klienten, zu eingesetzten Medikamenten, zu den Ergebnissen von Kontrolluntersuchungen und zum Verhalten im Alltag der Vollzugseinrichtung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vollzugseinrichtungen informieren die BVD, wenn vom individuellen Vollzugsplan abgewichen wird, Interventionen langfristig erfolglos bleiben und Rückfallrisiken nicht entscheidend reduziert werden können. |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Der individuelle Vollzugsplan hält die psychiatrische Diagnose fest und macht Angaben zur Legalprognose²⁷. • Der individuelle Vollzugsplan äussert sich zur therapeutischen Behandlung und den persönlichen Vollzugszielen. Er benennt Fristen, bis wann kurz-, mittel- und langfristige Ziele zu erreichen sind und wann die Zielerreichung evaluiert wird. Er nennt Massnahmen zur und Merkmale der Zielerreichung. Er legt für alle Ziele Interventionsstrategien fest und beschreibt die Intensität der Interventionen. Er hält fest, welche Ziele der Risikobearbeitung und welche der Förderung sozialer Kompetenzen dienen. Er differenziert die Aufgaben der einzelnen Fachpersonen. • Der individuelle Vollzugsplan macht Angaben zur Unterbringung, zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie. |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Der individuelle Vollzugsplan wird in einer klaren und verständlichen Sprache kommuniziert. Er behandelt den Klienten als Partner. Der Einbezug des Klienten fördert sein Therapieverständnis und damit seine Behandlungsmotivation. Klienten, welche den therapeutischen Prozess verstehen, beteiligen sich und übernehmen Verantwortung. Übernahme von Verantwortung ist zentrales Ziel der Deliktprävention (Urbaniok & Stürm, 2006a, S. 113). • Klienten erhalten Einsicht in die schriftlichen Therapieberichte. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Der individuelle Vollzugsplan schafft Orientierung und sichert Konsistenz. Er gewährleistet einen gemeinsamen, zielgerichteten und koordinierten Behandlungsprozess; die Mitarbeitenden wis- |

²⁷ Die Legalprognose bezeichnet die Einschätzung einer Fachperson, in wie weit sich ein Straftäter oder eine Straftäterin zukünftig an Normen, Regeln und Gesetze halten wird.

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>sen stets, in welchem Stadium sich der Behandlungs- und damit Veränderungsprozess befindet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der individuelle Vollzugsplan stellt sicher, dass Ziele und Behandlungsinhalte differenziert beschrieben und überprüft werden. • Die Mitarbeitenden werden in die individuelle Vollzugsplanung mit einbezogen. Sie stimmen ihre Interventionen in den verschiedenen Bereichen einer Vollzugseinrichtung aufeinander ab. Sie werten den Behandlungsprozess in regelmässigen Sitzungen aus. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die individuelle Vollzugsplanung macht Behandlungsprozesse transparent. Er stellt sicher, dass individuelle klientenspezifische Bedürfnisse und Rückfallrisiken bearbeitet werden. • Der individuelle Vollzugsplan sichert ein gemeinsames Behandlungsverständnis zwischen der Vollzugseinrichtung, dem Klienten und den BVD. Er trägt dazu bei, die Erwartungen aller Beteiligten zu klären und abzugleichen. |

| Wirksamkeits-Prinzip 3: Vollzugslockerungen | |
|--|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen sicher, dass die Behandlung Vollzugslockerungen beinhaltet. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Vollzugslockerungen werden gemäss individueller Vollzugsplanung unterschiedlich rasch, in unterschiedlicher Form und Intensität gewährt. • Vollzugslockerungen bedingen die Reduktion der Rückfallrisiken und eine positive Legalprognose. Beurteilt werden die Persönlichkeitsentwicklung, das Sozialverhalten und die Therapiebeteiligung des Klienten. Die Beurteilung erfolgt anhand eines Katalogs mit diversen prognostischen Variablen. Klare Verhaltensvorgaben machen die Gewährung von Vollzugslockerungen transparent und nachvollziehbar. • Geplante Vollzugslockerungen sind den BVD mit schriftlichem Antrag zu begründen. Die BVD werden über nicht eingehaltene |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>Abmachungen des Klienten unverzüglich informiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vollzugslockerungen werden mit dem Klienten vorbereitet und ausgewertet. • Von Delikten betroffene Personen werden vor dem Klienten geschützt; die Vollzugseinrichtungen machen dem Klienten entsprechende Auflagen und kontrollieren beispielsweise seine Telefongespräche. Sie informieren Opfer über bevorstehende Vollzugslockerungen, sofern das diese wünschen (Ostschweizer Strafvollzugskommission, 2008, S. 7). • Ist der Klient mit der gewährten Lockerung überfordert, dann wird diese angepasst oder zurückgenommen. Erneute Delinquenz oder ein massiver Verstoß gegen die Bedingungen einer Vollzugslockerung führen zu Sanktionen (z.B. Abbruch der Massnahme, Versetzung in Haft). |
| Mitarbeiter | <ul style="list-style-type: none"> • Die Mitarbeitenden sind fähig, die klientenspezifischen Risiken einer Vollzugslockerung einzuschätzen. |
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> • Mit der Prüfung und Bewilligung einer geplanten Vollzugslockerung beurteilen die BVD den bisherigen Massnahmeverlauf. Sie gewährleisten mit dieser Kontrolle eine unvoreingenommene Beurteilung durch eine externe Instanz. • Die Vollzugseinrichtungen informieren die BVD über Sanktionen; wo möglich werden diese abgesprochen. |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Vollzugslockerungen geben Aufschluss darüber, ob risikospezifische Verhaltensweisen unter den Bedingungen erhöhter Freiheit stabil bleiben. Erfahrungen im Umgang mit den Vollzugslockerungen fliessen in den Behandlungsprozess zurück; positive Entwicklungen werden dort verstärkt. Zeigen Vollzugslockerungen problematische Verhaltensweisen auf, dann werden diese therapeutisch aufgearbeitet. |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Vollzugslockerungen ermöglichen dem Klienten den Transfer des Erlernten in den Alltag. • Vollzugslockerungen helfen, soziale Isolation zu vermeiden, ermöglichen die Pflege sozialer Kontakte und das Einüben von Freizeitaktivitäten. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Vollzugslockerungen erhöhen die Behandlungsmotivation des Klienten, indem sie ihm Fortschritte aufzeigen und erhöhte Freiheiten gewähren. • Vollzugslockerungen zeigen dem Klienten auf, wie ihm die soziale (Re-)Integration gelingt. Sie machen ihm risikospezifische Verhaltensweisen bewusst. Erfahrungen im Umgang mit Vollzugslockerungen fließen in den Behandlungsprozess zurück und können dort bearbeitet werden. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Vollzugslockerungen erschweren es, die Nachhaltigkeit einer positiven Entwicklung zu beurteilen, da sie den Klienten zur Anpassung an die Regeln der Vollzugseinrichtung motivieren. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Vollzugslockerungen sind Teil des Gesamtrehabilitationsplans. Sie dienen der Belastungserprobung. Durch Vollzugslockerungen wird die Rückkehr in die Gesellschaft kontrolliert und mit individuellem Tempo erprobt (Freese, 2008, S. 5). |

| Wirksamkeits-Prinzip 4: Beziehungskontinuität | |
|--|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen sicher, dass jedem Klienten eine Bezugsperson zugeteilt ist. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Die Bezugsperson ist für den Klienten Ansprech- und Vertrauensperson; sie koordiniert die Aktivitäten der verschiedenen Bereiche einer Vollzugseinrichtung. • Die Vollzugseinrichtungen entscheiden sorgfältig, ob im Einzelfall eine männliche oder weibliche Bezugsperson eingesetzt wird. • Die Bezugsperson führt mit dem Klienten regelmässige Einzelgespräche. Sie kommuniziert transparent und nachvollziehbar. Sie sorgt dafür, dass der Klient wesentliche Informationen versteht. Sie verhält sich ganzheitlich und authentisch; sie ist einerseits wohlwollend verständnisvoll, setzt andererseits klare Grenzen und macht konsequente Verhaltensvorgaben. |
| Mitarbeiter | |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> Die Fallverantwortlichen der BVD fungieren als institutionsexterne Bezugspersonen. |
| Prozesse | |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Durch Identifikation mit einer konstant und ganzheitlich erlebten Bezugsperson erhält der Klient Orientierung und Unterstützung im persönlichen Entwicklungsprozess. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Ergänzend zur therapeutischen Beziehung suchen Klienten oftmals eine persönliche Beziehung zur Bezugsperson. Eine solche kann die Behandlungsmotivation des Klienten fördern, verlangt von den Mitarbeitenden jedoch einen professionellen Umgang und die stete Auseinandersetzung mit Nähe und Distanz. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Die Bezugsperson sichert Kontinuität und Homogenität in der Behandlung, fördert die Kooperation des Klienten und gibt ihm Orientierung und Unterstützung im persönlichen Entwicklungsprozess. |

| Wirksamkeits-Prinzip 5: Sorgfältige Nachsorge | |
|--|--|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> Die Führungskräfte stellen sicher, dass die bedingte Entlassung sorgfältig vorbereitet und eine intensive Nachsorge etabliert wird. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> Die bedingte Entlassung wird mit dem Klienten vorbereitet, erfolgt in Absprache mit den BVD und unter Einbezug von Angehörigen und institutionsexternen professionellen Hilfspersonen. Die finanziellen Verhältnisse sind abzusichern, die Arbeits- oder Beschäftigungssituation ist zu regeln, eine geeignete Unterkunft muss beschafft und eine externe forensisch psychiatrische Nachbetreuung etabliert werden. Ist eine umfassende soziale Unterstützung nötig, dann ordnen die BVD Bewährungshilfe an und kontrollieren positive Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Tragfähige, verlässliche Kontakte des Klienten zu Angehörigen und externen Hilfspersonen werden gefördert. |
| Mitarbeiter | |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorbereitung und Regelung der bedingten Entlassung erfolgen in Absprache und Zusammenarbeit mit den BVD. |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Ein fundierter Informationsaustausch zwischen der Vollzugseinrichtung und der nachbehandelnden therapeutischen Fachperson trägt dazu bei, dass der Klient den Bezugspersonenwechsel nicht als harten Beziehungsabbruch erlebt. • Die nachbehandelnde therapeutische Fachperson erarbeitet mit dem Klienten einen verbindlichen Betreuungsplan, prägt eine offene, transparente und kritische Gesprächskultur und achtet auf risikorelevantes Verhalten (Urbanik & Stürm, 2006b, S. 130). Mit Hinweis auf die Ergebnisse amerikanischer Studien hält Leygraf (2006, S. 249) fest, dass die forensisch psychiatrische Nachbetreuung „aktiv, strukturierend und insbesondere auch kontrollierend ausgestaltet sein“ sollte. |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Durch die langfristige Planung der bedingten Entlassung wird der Klient schrittweise an die Erfordernisse seines künftigen Umfelds herangeführt. Die bedingte Entlassung erfordert häufig beschützende und kontrollierende externe Wohn- und Arbeitsstrukturen; die Suche nach individuellen Lösungen kann zu längeren Aufenthalten in den Vollzugseinrichtungen führen. • Die ambulante Nachbetreuung trägt dazu bei, dass Rückfallrisiken frühzeitig erkannt und therapeutisch bearbeitet werden können: Die therapeutische Fachperson erarbeitet mit dem Klienten Strategien um Risikosituationen zu verhindern oder solche deliktfrei zu bewältigen. Die Fachperson klärt mit dem Klienten, welche Frühwarnzeichen auf drohende Delikte hinweisen und für Dritte, von aussen betrachtet, erkennbar sind. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Eine sorgfältige Nachsorge trägt zur Stabilisierung der stationären Behandlungserfolge bei und fördert die Aussicht auf erfolgreiche |

| | |
|--|----------------------------|
| | soziale (Re-) Integration. |
|--|----------------------------|

| Wirksamkeits-Prinzip 6: Alltagsnahe Gestaltung von Interventionen | |
|--|--|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> Die Führungskräfte stellen sicher, dass Interventionen alltagsnah gestaltet sind. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> Die lebenspraktischen Fertigkeiten des Klienten und die Fähigkeiten für eigenverantwortliches Handeln werden gezielt unterstützt; sie erleichtern die selbständige Orientierung ausserhalb der Vollzugseinrichtung. Das soziale Umfeld des Klienten wird in den Behandlungsprozess mit einbezogen, wenn dies „der sozialen Integration und der deliktfreien Lebensgestaltung“ dient (Ostschweizer Strafvollzugskommission, 2008, S. 9). |
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> Verschiedene Gruppenaktivitäten (Rollenspiele, Freizeitaktivitäten usw.) und Vollzugslockerungen (Ausgang, Urlaub usw.) zur Erprobung deliktpräventiver Verhaltensweisen sind fester Bestandteil des Vollzugs. |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Die erlernten, deliktpräventiv wirksamen Verhaltensweisen werden alltagsnah erprobt. Vor- und Nachbereitung mit dem Fachpersonal unterstützen den Klienten darin, das eigene Verhalten zu beobachten, zu bewerten und zu steuern. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Eine alltagsnahe Gestaltung von Interventionen gewährleistet den Transfer des Erlernen in den Alltag des Klienten und fördert die Aussicht auf erfolgreiche soziale (Re-)Integration. |

| Wirksamkeits-Prinzip 7: Unterstützendes institutionelles Umfeld | |
|--|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> Die Führungskräfte schaffen ein veränderungsförderndes, gleichzeitig pädagogisch unterstützendes wie normorientiertes Umfeld. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> Die Vollzugseinrichtung versteht sich als therapeutische Gemeinschaft. Sie nutzt das Gemeinschaftsleben systematisch für therapeutische Zwecke. Sie schafft ein Milieu, welches individuelle Entwicklung im Gruppenverband ermöglicht. Sie fördert gemeinsame Aktivitäten. Ein sorgfältiges und kritisches Aufnahmeverfahren verhindert Fehlplatzierungen; eine tiefe Fluktuation, wenig Ein-, Aus- und Übertritte unterstützen eine stabile Gruppenkonstellation und tragen bei zu einem entwicklungsfördernden Milieu. |
| Mitarbeiter | <ul style="list-style-type: none"> Kommunikation und Umgang sind sowohl unter den Fachpersonen als auch mit dem Klienten offen, transparent und verlässlich. |
| Ressourcen und Partnerschaften | |
| Prozesse | |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Ein unterstützendes institutionelles Umfeld mit offener Kommunikationskultur motiviert den Klienten zu Feedback und konstruktiver Kritik. Die Beteiligung des Klienten ermöglicht Lernprozesse und konstruktive Veränderungen. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Der Bevölkerung sind einzelne Bereiche der Vollzugseinrichtung zugänglich; dazu gehören Grünzonen, Restaurants oder Sportanlagen. Dadurch werden Schranken zwischen „drinnen“ und „draussen“ abgebaut. Gemeinwesenorientiertes Vorgehen zielt auf das Wohlwollen der Öffentlichkeit, ermöglicht Begegnungen mit der lokalen Bevölkerung und festigt entwicklungsfördernde Aspekte eines institutionellen Milieus. |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Ein unterstützendes und zugleich normorientiertes Umfeld sichert die Tragfähigkeit einer therapeutischen Beziehung und erhöht damit die Wirksamkeit therapeutischen Handelns. |

| Wirksamkeits-Prinzip 8: Kompetentes und motiviertes Personal | |
|---|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen motiviertes und qualifiziertes Personal an; sie sorgen für eine kontinuierliche, bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildung und stellen die Mitarbeitenden dafür frei. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Zuständigkeiten und Aufgaben des Personals sind geregelt. • Die Vollzugseinrichtungen gewährleisten ein aktives Personalmanagement: Sie ermitteln die Fähigkeiten ihrer Mitarbeitenden und bauen diese aus. Sie werten den Nutzen der Fort- und Weiterbildungen durch Befragung der Mitarbeitenden aus. Sie klären in einem Austrittsinterview die Gründe eines Weggangs und prüfen, ob sich die Rahmenbedingungen der Vollzugseinrichtung, der Umgang unter dem Personal und die Mittel der Anerkennung verbessern lassen. • Zur Verbesserung ihrer fachlichen Kompetenzen besuchen die Mitarbeitenden Weiterbildungsveranstaltungen, Tagungen und Fachkongresse. Sie arbeiten in Fachverbänden und -gremien mit. Fallbesprechungen, Koordinationssitzungen, Intervisionen, Supervisionen und Balintgruppen²⁸ tragen zu einer weiteren Verbesserung fachlicher Kompetenzen bei und fördern eine engagierte und motivierte Durchführung der Behandlung. Fort- und Weiterbildung entsprechen dem individuellen Stellenprofil. Schulungen und Supervisionen haben laut Lösel und Bender (1997, S. 192) „zwischen verschiedenen Berufsgruppen und über Institutionen hinweg“ zu erfolgen um „unangemessene Stereotype [und] Kommunikationsbarrieren“ zu vermeiden. • Die Vollzugseinrichtungen schaffen interne Foren für den Fach- und Meinungsaustausch des Personals; sie regen damit gemeinsame Lernprozesse an. • Die Vollzugseinrichtungen nehmen Einfluss auf die Lehrpläne forensischer Aus- und Weiterbildungseinrichtungen. Grosse Vollzugseinrichtungen vernetzen sich mit akademischen Institu- |

²⁸ In der Balintarbeit gilt das Hauptinteresse der Beziehung zwischen Fachperson und Klient.

| | |
|---|---|
| | <p>tionen; sie prüfen, ob Projekte zum beiderseitigen Nutzen partnerschaftlich durchgeführt werden können.</p> |
| Mitarbeiter | <ul style="list-style-type: none"> • Das Personal besitzt berufsspezifische Basiskompetenzen und forensisch-therapeutische Fachkenntnisse. Staatlich anerkannte Fachdiplome sind notwendige Bedingung einer Anstellung. Stellenbeschreibungen halten die erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der einzelnen Tätigkeitsfelder fest. Sie berücksichtigen fachliche und institutionelle Bedürfnisse. • Das Personal ist vertraut mit den Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungen und Delinquenzrisiken. Die Mitarbeitenden beherrschen Interventionen, die in kritischen Situationen deeskalierend wirken. Methoden-, Fakten- und Fallkenntnisse ermöglichen zielgerichtete, nachvollziehbare und effiziente Interventionen. • Das Fachpersonal kennt die Wirksamkeits-Prinzipien für die erfolgreiche Durchführung einer stationären delikt- und risiko-orientierten Behandlung psychisch kranker Straftäter und Straftäterinnen. • Das Personal kennt die Wirkung eingesetzter Medikamente. |
| Ressourcen und Partnerschaften | |
| Prozesse | |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Kompetentes und motiviertes Personal gewährt eine hohe Behandlungsqualität. Ein breites Behandlungsrepertoire vergrößert die Chancen des Klienten auf passende Interventionen. • Motiviertes Personal ist dem Arbeitgeber oft lange treu und bietet dem Klienten dadurch eine stabile Beziehung. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildung anerkennt die Leistungen des Personals und fördert die Arbeitsmotivation. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Kompetentes Personal sorgt mit öffentlichen Auftritten für fachliche Anerkennung und fördert ein positives Image der Vollzugseinrichtung. Kompetentes Handeln schafft Vertrauen und Anerkennung in der Standortgemeinde und -region. Öffentliche |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>Wertschätzung motiviert das Personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetentes Personal gewährt eine hohe Behandlungsqualität. Angemessene Interventionen verhindern therapeutische Umwege und gewährleisten einen effizienten und effektiven Einsatz personeller Ressourcen und damit finanzieller Mittel. |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Kompetentes und motiviertes Personal stellt gezieltes therapeutisches Handeln sicher und gewährleistet eine effektive, deliktpräventive Behandlung. |

| Wirksamkeits-Prinzip 9: Interdisziplinäre Zusammenarbeit | |
|---|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen psychiatrische, medizinische, psychologische, pädagogische, agogische und soziale Fachkräfte an, welche interdisziplinär in einem multiprofessionellen Team zusammenarbeiten (multiprofessionelles Team). • Die Führungskräfte schaffen berufs- und funktionsübergreifende Leit- und Wertvorstellungen. Sie beschreiben Richtlinien und Normen, prägen ein gemeinsames Behandlungsverständnis und sichern dadurch Professionalität und Integrität. • Die Führungskräfte regeln die Kompetenzen und Entscheidungsprozesse der einzelnen Berufsgruppen. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche Fachpersonen einer Vollzugseinrichtung sind in den therapeutischen Prozess eingebunden. Die Mitarbeitenden passen eigene professionelle Konzepte und Arbeitshaltungen dem gemeinsamen Behandlungsprozess an. • Das multiprofessionelle Team orientiert sich an den gemeinsamen Zielen des individuellen Vollzugsplans. Regelmässige Standortbestimmungen dienen dem Informationsaustausch. Ziele und Aufträge einzelner Fachpersonen werden in gemeinsamer Absprache aus dem individuellen Vollzugsplan abgeleitet und aufeinander abgestimmt. Die Fachpersonen nehmen ihre Aufgaben eigenverantwortlich wahr (Psychiatriezentrum Rheinau, 2006, S. 1). • Gemeinsame Lehrveranstaltungen fördern die Entwicklung gemeinsamer Basiskompetenzen und einer gemeinsamen interdis- |

| | |
|--------------------------------|---|
| | <p>ziplinären Grundhaltung (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 1998, S. 98).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Fallbesprechungen, Teamsitzungen und Interventionen dienen der Integration unterschiedlicher berufsspezifischer Betrachtungsweisen, festigen eine gemeinsame Behandlungsphilosophie und fördern die Identifikation mit der gemeinsamen Aufgabe. • Externe Infrastrukturen und Dienstleistungen gleichen institutionsinterne Mängel aus (Heer, 2007, S. 1606). |
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Das multiprofessionelle Team orientiert sich an gemeinsamen Richtlinien und Normen. Ethische Standards für den Umgang mit psychisch kranken Menschen beschreiben der Weltverband für Psychiatrie (Kielisch, 2005, S. 140-142) und das Zürcher Psychiatriekonzept (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 1998, S. 7-108). Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003, S. 40-41) und der PPD (Urbaniok & Stürm, 2006a, S. 108) halten Aspekte fest, welche professionelle Grundhaltungen im Umgang mit psychisch kranken Straftätern und Straftäterinnen beschreiben. Für die Durchführung einer stationären Behandlung nach Art. 59 StGB sind auszugsweise und zusammenfassend die folgenden Vorgaben wesentlich: <ul style="list-style-type: none"> - Die Vollzugseinrichtungen erfassen den einzelnen Klienten in biologischer, psychologischer und sozialer Hinsicht. - Der Klient wird nicht auf seine Straftaten reduziert und behält seine Würde auch dann, wenn er die Würde anderer Menschen missachtet hat. - Der Klient wird vor Diskriminierung geschützt. Schutz und Förderung sind wesentlich. - Die Behandlung liegt im besten Interesse des Klienten; er erhält angemessene und seinem mutmasslichen Willen entsprechende Hilfe. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Der Klient wird als unverwechselbare und einzigartige Persönlichkeit verstanden mit dem respektvoll und transparent umgegangen und dessen Würde geachtet wird. Achtung, Wertschätzung und Vertrauen prägen das Verhältnis zwischen den Fachpersonen und den Klienten. - Der Klient gilt als fähig, freie Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. Er besitzt die Fähigkeit zur Selbstorganisation und bleibt lebenslangentwicklungsfähig. - Freiheit und Autonomie des Klienten werden so wenig wie möglich beeinträchtigt. Zwangseingriffe beschränken sich auf Situationen der Selbst- oder Fremdgefährdung. Zwangsmittel werden nicht zur Förderung der Veränderungsmotivation oder zur Disziplinierung eingesetzt. Medikamente werden in der richtigen Dosierung zum richtigen Zeitpunkt abgegeben. - Forschungsvorhaben beachten berufspolitische Richtlinien und nehmen Rücksicht auf die Rechte der Klienten. - Datenschutz und Schweigepflicht werden beachtet, Rekurs- und Beschwerdeverfahren sind geregelt. |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Berufssozialisierungen stellen sicher, dass verschiedenartige Ansätze in die therapeutische Arbeit einfließen. Die mehrdimensionale Wahrnehmung des Klienten in den unterschiedlichen Kontexten einer Vollzugseinrichtung bietet Schutz vor einseitiger Interpretation risikorelevanter Aspekte. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die Arbeit und der Austausch im multiprofessionellen Team fördert das offene Gespräch, reduziert Konflikte, gewährleistet Teamarbeit und Kooperation und erhöht die Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit sichert die gemeinsame Anwendung unterschiedlicher fachlicher Ansätze und setzt damit Synergien frei. • Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert den Abbau von Berührungängsten zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Sie schafft Verständnis für die einzelnen Fachpersonen und fördert eine von Wertschätzung geprägte Zusammenarbeit (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 1998, S. 97). |

| | |
|----------------------------------|---|
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre therapeutische Arbeit steigert die Prozess- und Ergebnisqualität von Interventionen; unterschiedliche Betrachtungsweisen finden zusammen und fördern einen differenzierten Blick auf den Entwicklungsprozess des Klienten (Urbaniok & Stürm, 2006, S. 109). |

| Wirksamkeits-Prinzip 10: Ressourcenorientierung | |
|--|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte gewährleisten, dass die Mitarbeitenden die Ressourcen der Klienten erkennen und gezielt stärken. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Konstruktive, individuelle Fähigkeiten werden gefördert; sie erleichtert dem Klienten die Bewältigung anstehender Probleme. |
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> • Tragfähige soziale Beziehungen wirken unterstützend; Angehörige und wichtige externe Hilfs- und Bezugspersonen werden in den therapeutischen Prozess mit einbezogen. |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Arbeits- und Beschäftigungstherapie, die Förderung schulischer Qualifikationen, sportliche Betätigungen, Musik und Kunst verbessern individuelle Kompetenzen, tragen zur Strukturierung des Alltags bei und sind allesamt ressourcenorientiert. |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten fördern Körperwahrnehmung und -erleben; der Klient lernt sich kennen und spüren. • Eine Verbesserung persönlicher Kompetenzen stärkt die Bereitschaft, Verantwortung für eine deliktfreie Zukunft zu übernehmen; Eigenverantwortung und Autonomie reduzieren die Gefahr der Passivität. • Das Arbeits- und Beschäftigungsangebot ist den Fähigkeiten und dem psychischen Zustand des Klienten angepasst. Die Arbeitstherapie dient der Erhaltung und der Einübung alltäglicher Fertigkeiten und dem Erwerb beruflicher Kompetenzen. Sie fördert gemäss Leygraf (2006, S. 209) „Ausdauer, Belastbarkeit, Affekt- und Impulskontrolle und situationsadäquates Sozialverhalten“. Ein brei- |

| | |
|----------------------------------|--|
| | <p>tes, vielseitiges Angebot kreativer und handwerklicher Tätigkeiten ermöglicht „das Training basaler Voraussetzungen des beruflichen Alltagslebens wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Sorgfalt, Ordnungsbereitschaft und Teamfähigkeit“ (S. 210).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Förderung schulischer Qualifikationen erweitert das Wissen der Klientel, verbessert die kognitiven Fähigkeiten und fördert die Chancen der sozialen Reintegration. • Sportliche Gruppenaktivitäten fördern soziales Verhalten und ein positives Körperempfinden; sie steigern die Kompetenzen im Umgang mit der Einhaltung von Regeln und Frustrationen (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2003, S. 89). • Musik- und Kunsttherapie fördern die Kreativität und fördern den Zugang zu sich selbst. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Eine ressourcenorientierte Haltung und Behandlung fördert die Motivation des Klienten, an den für ein deliktfreies Leben notwendigen Veränderungen zu arbeiten. |

| Wirksamkeits-Prinzip 11: Strukturelle Klarheit | |
|---|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte sorgen für klare Strukturen in der Vollzugseinrichtung. Sie regeln Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten der Klienten. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Eine klare, verständliche und übersichtliche Hausordnung bestimmt das Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung. Ein Plan strukturiert den Tagesablauf. Organisierte Veranstaltungen, beispielsweise die Versammlung aller Klienten zwecks Planung gemeinsamer Aktivitäten, geben Struktur. • Regeln und Gebote sind allen Klienten bekannt. • Die Vollzugseinrichtungen vertreten eine kompromisslos ablehnende Haltung gegenüber jeglicher Art von Gewalt und gegen- |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | über dem Konsum von Drogen. |
| Mitarbeiter | <ul style="list-style-type: none"> • Regeln werden vom Fachpersonal durchgesetzt; bei einem Regelverstoss werden die angedrohten Konsequenzen umgesetzt. • Die Mitarbeitenden wägen ab, wie viel Fremdkontrolle nötig und wie viel Selbstkontrolle möglich ist. Sie gewähren den Klienten Raum für eigenverantwortliches Handeln; dieses fördert die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und eines realistischen Selbstbildes (Leygraf, 2006, S. 207). |
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> • Die BVD werden rechtzeitig und transparent über kritisches Verhalten und wesentliche Regelverstösse informiert. Kritisches Verhalten orientiert sich an den individuellen Risikofaktoren. • Die Klienten sind in Einzelzimmern untergebracht. Wohn- und Arbeitsbereich sind voneinander getrennt. Die Aussenbereiche von Institutionen oder Abteilungen mit hohem Sicherheitsstandard sind gesichert. Psychiatrische Kliniken haben ein Überwachungszimmer. |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Eine Hausordnung nennt allgemeine Regeln und Pflichten; individuelle Abmachungen werden (im individuellen Vollzugsplan) vertraglich geregelt. • Die Vollzugseinrichtungen integrieren die Vorgaben der Ostschweizer Strafvollzugskommission (2008, S. 1-11) zur Ausrichtung von Grundleistungen. Folgende Punkte sind wesentlich: <ul style="list-style-type: none"> - Klienten erhalten ungehinderten Zugang zu medizinischer Grundversorgung (S. 3). - Eine ausgewogene Ernährung ist gewährleistet; „besondere, mit der Weltanschauung oder Religion begründete Wünsche, werden soweit möglich berücksichtigt“ (S. 3). - Klienten tragen eigene Kleidung; für die Arbeitstätigkeit oder Aktivitäten im Freizeitbereich können die Vollzugseinrichtungen Vorschriften erlassen und passende Kleider abgeben (S. 3). - Die seelsorgerische Betreuung ist gewährleistet (S. 5). - Die Vollzugseinrichtungen bieten den Klienten Arbeit oder Beschäftigung an. Diese wird entschädigt. Individuelle Nei- |

| | |
|---|--|
| | <p>gungen und Fähigkeiten werden so weit möglich berücksichtigt (S. 6).</p> |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeitende stellen sicher, dass die Klienten die Regeln der Vollzugseinrichtung verstehen. Die klare Regelung von Rechten, Pflichten und Verantwortlichkeiten gibt den Klienten Struktur und Orientierung. • Die Vollzugseinrichtungen gewährleisten einen 24-Stunden-Betrieb (Ostschweizer Strafvollzugskommission, 2008, S. 5). Gespräche mit einer kompetenten Fachperson sind jederzeit möglich. Die Fachperson kann Krisensituationen mit fachlich anerkannten Interventionen jederzeit bewältigen. Krisen und besondere Ereignisse wie beispielsweise eine Flucht, werden differenziert ausgewertet. • Erworbene berufliche Fertigkeiten verbessern die Chancen um in der freien Marktwirtschaft eine Anstellung zu finden oder den Ansprüchen in einem geschützten Arbeitsfeld zu genügen. Wo nötig vermitteln die Vollzugseinrichtungen schulische Basisangebote, führen berufliche Abklärungen durch oder leiten Ausbildungen in die Wege. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Klare Regeln, Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten vereinfachen den Umgang zwischen Personal und Klienten. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Drohende Konsequenzen eines Regelbruchs verhindern Fluchten und damit einen möglichen Rückfall. |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte, eher hierarchisch organisierte Vollzugseinrichtungen gewährleisten besseren deliktpräventiven Erfolg als weniger strukturierte Institutionen. |

| Wirksamkeits-Prinzip 12: Konzeptionelle Klarheit | |
|---|--|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen sicher, dass Interventionen auf einem theoretisch fundierten Behandlungskonzept basieren und sich an international anerkannten wissenschaftlichen Standards orientieren. • Die Führungskräfte erlassen Leitlinien für die therapeutische |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | <p>Behandlung der Klienten. Sie legen fest, welche Interventionsmethoden zum Behandlungsrepertoire der Vollzugseinrichtung gehören. Sie regeln Art, Umfang und Ziele des therapeutischen Angebots.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte überprüfen regelmässig, ob die eigenen Standards unverändert Gültigkeit haben und die Betreuung der Klienten angemessen und zweckmässig ist. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Die Vollzugseinrichtungen informieren sich über evidenzbasiertes Wissen: Sie informieren sich über medizinische Fortschritte und wissenschaftliche Forschungsergebnisse. Sie studieren Fachliteratur und besuchen Fachkongresse und -seminare. Sie prüfen die Anwendung neuer Behandlungsmethoden. Sie passen das Behandlungsangebot dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Forschung an. Wo möglich führen sie eigene Forschungstätigkeiten und Entwicklungsprojekte durch. • Die Vollzugseinrichtungen schaffen evidenzbasiertes Wissen: Sie führen Forschungsprojekte alleine durch oder gemeinsam mit universitären Lehranstalten, anderen Vollzugseinrichtungen oder ambulanten Fachstellen. Partnerschaften verbessern die Chancen auf die Unterstützung durch Bund oder Kantone, welche die Bereitstellung fachlichen Know-hows oder finanzieller Mittel beinhalten kann. • Die Vollzugseinrichtungen vernetzen sich: Ein internationaler Erfahrungsaustausch trägt dazu bei, institutionsübergreifende Qualitätsstandards und -indikatoren auszuhandeln. • Die Vollzugseinrichtungen vergleichen sich: Sie tauschen Daten mit ähnlichen Institutionen aus und klären, welche Methoden unter welchen Rahmenbedingungen besonders wirksam sind. Die Durchführung von Benchmarks ermöglicht den Vergleich mit besonders erfolgreichen Institutionen, die Durchführung von Audits eine Einschätzung unbeteiligter externer Fachkräfte. |
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> • Die Vollzugseinrichtungen schliessen mit den BVD Leistungsverträge ab. Die Leistungsverträge äussern sich zum Behand- |

| | |
|---|---|
| | <p>lungsinhalt und zur Behandlungsqualität.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vollzugseinrichtungen und die BVD vereinbaren Jahresziele und werten diese gemeinsam aus. |
| Prozesse | |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die therapeutischen Leistungen entsprechen aktuellster Wirkungsforschung und gewährleisten eine optimale deliktpräventive Wirkung. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die Mitarbeitenden ordnen vertraute Behandlungskonzepte neuem theoretisch fundiertem Wissen unter. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die Berücksichtigung aktueller, wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse sichert eine effektive und effiziente Behandlung; die therapeutischen Interventionen und die daraus entstehenden Kosten sind angemessen. |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die Berücksichtigung aktueller, wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse und Mittel sichert eine bestmögliche deliktpräventive Wirkung. |

| Wirksamkeits-Prinzip 13: Standardisierung, Behandlungsintegrität | |
|---|--|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte gewährleisten, dass die Behandlung die Durchführung standardisierter Programme oder Teile davon enthält. Sie stellen sicher, dass die Ziele und die Art der Durchführung von Interventionsprogrammen übereinstimmen. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Interventionsprogramme werden von allen Mitarbeitenden einheitlich, wie geplant durchgeführt; Veränderungen an den Programmen „ohne eine entsprechende theoretische und empirische Fundierung“ führen gemäss Mayer et al. (2005b, S. 8) zu einem bedeutenden Qualitätsverlust. • Die planmässige Durchführung der Interventionsprogramme wird überwacht, Abweichungen werden analysiert. • Wissenschaftlich fundierte Interventionsprogramme sind öffentlich bekannt, liegen schriftlich formuliert vor, können eingesehen und auf ihre richtige Anwendung hin überprüft werden. |

| | |
|---|--|
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | |
| Prozesse | |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die von der Vollzugseinrichtung angewandten Interventionsprogramme sind transparent. • Es besteht die Gefahr, dass standardisierte Programme und therapeutische Erfolge wenig nachhaltig und effektiv bleiben, weil sie das Resultat einer oberflächlichen Anpassung an die Strukturen eines Programms sind (Christoffel & Schönfeld, 2008, S. 9). |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftlich fundierte Interventionsprogramme und deren Durchführung sind in Handbüchern beschrieben. Diese gewährleisten die einheitliche und vollständige Anwendung unter verschiedenen Mitarbeitenden (Mayer, 2007, S. 27). • Die Durchführung standardisierter Interventionen ermöglicht eine berufs- und funktionsübergreifende Durchführung, Bewertung und Qualitätsentwicklung. Therapeutische Erfolge sind nicht von den Fähigkeiten einzelner Fachpersonen abhängig. • Einheitliche Fort- und Weiterbildungen, sowie regelmässige Super- und Intervisionen gewährleisten Standardisierung und fördern damit Behandlungsintegrität (Mayer, 2007, S. 27). |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Standardisierung gewährleistet, dass Interventionen zwischen verschiedenen Klienten verglichen, evaluiert und weiterentwickelt werden können. |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die sorgfältige Ausarbeitung und planmässige Durchführung von Interventionsprogrammen sichert deliktpräventive Wirkung. |

| Wirksamkeits-Prinzip 14: Gruppenarbeit | |
|---|--|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen sicher, dass die Arbeit in Gruppen das zentrale therapeutische Arbeitsfeld der Behandlung bildet. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Die Behandlung erfolgt in Gruppen. Einzeltherapeutische Sitzungen dienen der Vor- und Nachbereitung des Gruppenprozesses |

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>und der Verbesserung individueller Fertigkeiten (Mayer et al., 2005b, S. 7).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapien ersetzen Gruppenangebote, solange es dem Klienten an den notwendigen emphatischen Fähigkeiten zur Teilnahme am Gruppenprozess mangelt oder seine Ängste die Konfrontation mit der Gruppe nicht zulassen (Urbaniok & Stürm, 2006a, S. 113). |
| Mitarbeiter | <ul style="list-style-type: none"> • Die Mitarbeitenden beachten gleichermaßen den Gruppenprozess als auch die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse des Klienten; sie wissen, dass Angst vor Verletzung und Überforderung Misstrauen und Rückzug auslösen kann (Urbaniok & Stürm, 2006a, S. 112). |
| Ressourcen und Partnerschaften | |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Eine konstante Zusammensetzung der Gruppe fördert die Entwicklung gruppenspezifischer Prozesse. • Gruppenarbeit eignet sich für die Bearbeitung von Themen, welche alle Mitglieder einer Gruppe betreffen und einen übergreifenden Charakter haben (Mayer et al., 2005b, S. 7). • Gruppenarbeit erfordert Transparenz und Offenheit; sie setzt voraus, dass der Klient seine Straftat eingesteht und bereit ist, sich mit deliktrelevanten Themen auseinanderzusetzen. • Konflikte gilt es offen und mit Respekt für die Klienten und Klientinnen zu bearbeiten; erfolgreiche Konfliktbewältigung stärkt die Gruppenkohäsion²⁹ (Urbaniok, 2000, S. 5). |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Gruppen fördern das Sozialverhalten (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim, 2003, S. 134). Sie unterstützen die Beziehungs- und Bindungskompetenz und fördern kommunikative Fähigkeiten. Der einzelne Klient erhält vielfältige Rückmeldungen zu seiner Tat und seinem Tatverhalten, lernt andere Auffassungen und Wertvorstellungen kennen, kann eigene Einstellungen hinter- |

²⁹ Gruppenkohäsion meint den inneren Zusammenhalt einer Gruppe, die Qualität ihres Beziehungsgeflechts.

| | |
|----------------------------------|--|
| | <p>fragen und neue Verhaltensweisen erproben.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die gemeinsamen Meinungsbildungsprozesse einer Gruppe haben für den einzelnen Klienten besondere Überzeugungskraft; das Potential einer Gruppe ist umso grösser, als sich der Klient mitgestaltend erlebt und den Gruppenprozess aktiv beeinflussen kann (Urbaniok und Sturm 2006a, S. 112). |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Gruppenarbeit trägt zum Ausbau sozialer Kompetenzen bei und fördert die Aussicht auf erfolgreiche soziale (Re-) Integration. |

| Wirksamkeits-Prinzip 15: Deliktorientierung | |
|--|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> Die Führungskräfte gewährleisten, dass deliktorientierte Behandlungselemente Anwendung finden. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> Die Mitarbeitenden setzen deliktorientierte Interventionen ein. Sie informieren einander über deliktrelevante Beobachtungen. Das Behandlungsteam ist verantwortlich für eine fortlaufende Risikoeinschätzung. |
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> Deliktorientierte Behandlungselemente umfassen gemäss Urbaniok und Sturm (2006b, S. 129) „eine Vielzahl umschriebener Interventionen auf der Grundlage spezifischer Konzeptionen“. Sie integrieren die zwei sich ergänzenden Ansätze der Deliktanalyse und der Deliktprävention³⁰. |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> Die Bearbeitung des Delikts fördert das Verständnis für den Zusammenhang von psychischer Störung und Straftat. |

³⁰ Vgl. Anhang 2 „Das Zürcher „Ambulante Intensiv-Programm“ (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern“

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Deliktorientierte Behandlungselemente fördern die Opferempathie; die Vollzugseinrichtungen prüfen mit dem Klienten, ob Wiedergutmachungsleistungen in angemessener Form möglich und sinnvoll sind. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Deliktorientierte Behandlungselemente zeigen dem Fachpersonal, ob sich der Klient authentisch mit der Situation des Opfers auseinandersetzt. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Deliktorientierte Interventionen gewährleisten eine hohe deliktpräventive Wirkung. |

| Wirksamkeits-Prinzip 16: Bedürfnisprinzip | |
|--|--|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen sicher, dass sich Interventionen an den kriminogenen Risikofaktoren des Klienten orientieren. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Deliktbegünstigende Umstände, deliktrelevante Persönlichkeitsmerkmale und deliktförderndes Verhalten der Klienten wird erkannt und therapeutisch behandelt. |
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> • Die Vollzugseinrichtungen informieren die BVD, wenn ein Klient delikt-spezifische, risikorelevante Verhaltensweisen zeigt. Die BVD überprüfen mit der entsprechenden Vollzugseinrichtung, ob Rahmenbedingungen und Inhalte der Behandlung der Problemlage des Klienten weiterhin gerecht werden. |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Interventionen erfolgen delikt- und risikoorientiert mit dem Ziel, „aktuelles und zukünftiges Handeln deliktfrei zu gestalten“ (Ostschweizer Strafvollzugskommission, 2008, S. 6). Die Behandlung fokussiert auf kriminogene Risikofaktoren. Dazu gehören beispielsweise antisoziale persönliche Einstellungen, Fertigungsdefizite wie Impulsivität oder geringe Fähigkeiten zur Selbstkontrolle, psychische Probleme, Belastungen durch die Herkunftsfamilie, eine schlechte berufliche Integration oder Kontakte zu einem kriminellen sozialen Umfeld (Mayer et al., 2005b, S. |

| | |
|------------------------------------|---|
| | 10). |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die intensive Auseinandersetzung mit der Straftat macht den Klienten zum Experten für das eigene Rückfallrisikos und dessen Bewältigung (Mayer, 2007, S. 12). • Die Fokussierung auf kriminogene Risikofaktoren trägt dazu bei, dass der Klient keine neuen Delikte begeht (z. Bsp. Gewaltanwendung gegen das Personal oder andere Klienten) oder deliktnahe Verhaltensweisen zeigt (z. Bsp. verspätete Rückkehr von einem Ausgang oder Missbrauch eines Urlaubs). |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die Ausrichtung der Interventionen auf diejenigen individuellen Persönlichkeitsaspekte, die im Zusammenhang mit dem kriminellen Verhalten stehen, sichert deliktpräventive Wirkung. |

| Wirksamkeits-Prinzip 17: Ansprechbarkeitsprinzip | |
|---|---|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen sicher, dass Interventionen den Fähigkeiten, Eigenschaften und dem Lernstil des Klienten angepasst werden. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Interventionen haben unterschiedliche individuelle Entwicklungsbedingungen und Therapieverläufe zu berücksichtigen. |
| Mitarbeiter | <ul style="list-style-type: none"> • Die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Klienten erfordert von den Mitarbeitenden ein hohes Mass an therapeutischer Erfahrung, die Kenntnis unterschiedlicher Interventionstechniken und die Fähigkeit, diese kompetent und kreativ einzusetzen. |
| Ressourcen und Partnerschaften | |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Zum Einsatz gelangen Interventionen, die im Einzelfall erforderlich und angemessen sind (Urbaniok & Stürm, 2006a, S. 108). |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Verschiedene Behandlungselemente und -techniken werden kombiniert angewendet. Die eingesetzten Methoden sind relativ strukturiert und haben einen übenden Charakter; sie variieren hinsichtlich Tempo und Intensität. |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Eine flexibel ausgestaltete Behandlung trägt dazu bei, dass sich der Klient am Behandlungsprozess beteiligt und verhindert die einseitige Anpassung an vorgegebene Strukturen. • Bei Klienten mit mangelhaften Deutschkenntnissen wird ein Dolmetscher in die Behandlung miteinbezogen. Bei Bedarf vernetzt sich die Vollzugseinrichtung mit externen, migrationspezifischen Angeboten (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 52). |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die unterschiedlichen Bedingungen des Einzelfalls erfordern eine pragmatische therapeutische Grundhaltung. • Die Durchführung von gruppentherapeutischen Angeboten erfordert von der Fachperson eine hohe Aufmerksamkeit für die unterschiedliche Ansprechbarkeit jedes einzelnen Klienten. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten und des individuellen Lernstils fördern die Behandlungsmotivation und Partizipation des Klienten. |

| Wirksamkeits-Prinzip 18: Risikoprinzip | |
|---|--|
| Führung | <ul style="list-style-type: none"> • Die Führungskräfte stellen sicher, dass sich das Ausmass der Interventionen am Rückfallrisiko der Klienten orientiert. |
| Politik und Strategie | <ul style="list-style-type: none"> • Die Vollzugseinrichtungen kennen die Rückfallrisiken der Klienten. • Die Vollzugseinrichtungen berücksichtigen die legalprognostischen Einschätzungen des psychiatrischen Gutachtens und des FOTRES, welches die BVD zu Beginn ihrer Fallübernahme erstellen. • Die Vollzugseinrichtungen messen die Rückfallgefahren mit geeigneten Instrumenten. Eine erste Beurteilung erfolgt zu Behand- |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>lungsbeginn, weitere Einschätzungen dienen regelmässigen Standortbestimmungen während des Behandlungsprozesses. Fehlen geeignete Messinstrumente oder Fachkompetenzen, dann klären die Vollzugseinrichtungen ab, ob die BVD eine Einschätzung der Legalprognose unter Anwendung von FOTRES vornehmen.</p> |
| Mitarbeiter | |
| Ressourcen und Partnerschaften | <ul style="list-style-type: none"> • Bauliche Sicherheitsvorkehrungen minimieren die Flucht- und Rückfallrisiken. Für besondere Vorfälle, wie Fluchten oder Geiselnahmen, bestehen Notfallkonzepte (Ostschweizer Strafvollzugskommission, 2008, S. 1). |
| Prozesse | <ul style="list-style-type: none"> • Interventionen berücksichtigen das individuelle Rückfallrisiko; je höher das Risiko, desto intensiver die Intervention. |
| Klientenbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Für jeden Klienten wird ein persönliches Risikoprofil erstellt. Die Intensität der Behandlung ist auf seinen Bedarf zugeschnitten. • Eine fortlaufende Risikoeinschätzung hilft Rückfallgefahren zu erkennen, die Behandlung entsprechend anzupassen und damit einen Behandlungsabbruch zu vermeiden. Bei persönlichen Krisen wird frühzeitig und adäquat interveniert; falls nötig erfolgt eine vorübergehende Versetzung in eine externe Fachinstitution. |
| Mitarbeiterbezogene Ergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Eine fortlaufende Risikoeinschätzung hilft Rückfallgefahren zu erkennen, die Behandlung entsprechend anzupassen und damit die Sicherheit des Personals zu gewährleisten. Einer grossen Rückfallgefahr kann mit hoher Personalpräsenz, einer steten telefonischen Erreichbarkeit wichtiger Bezugspersonen oder mit der Abgabe von Medikamenten begegnet werden. |
| Gesellschaftsbezogene Ergebnisse | |
| Schlüsselergebnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Die Anpassung der Interventionen am Rückfallrisiko des Klienten ermöglicht therapeutische Fortschritte und sichert damit eine deliktpräventive Wirkung. |

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Im Interesse der Öffentlichkeit und zum Schutze der Gesellschaft fokussieren die BVD auf die Risikoverminderung mit dem Ziel, erneute Delinquenz ihrer Klienten und Klientinnen zu verhindern. Wollen die BVD externe Leistungserbringer ebenfalls zur umfassenden Risikoorientierung verpflichten, so sind ihnen Qualitätsstandards vorzugeben, welche rückfallvermindernd wirken.

Tatsächlich benennt die Evaluationsforschung Prinzipien, deren Einhaltung die Wirksamkeit der Straftäterbehandlung erhöht. Diese lassen sich ergänzen durch konzeptionelle und strukturelle Prinzipien, welche sich einerseits aus dem Zwangskontext der stationären Behandlung und andererseits aus dem Krankheitsbild von Straftätern und Straftäterinnen mit einer psychischen Störung ergeben. Aus diesen Prinzipien lassen sich schliesslich wissenschaftlich fundierte Qualitätsstandards für den stationären Vollzug nach Art. 59 StGB definieren.

Wie in Kapitel 4.5 aufgezeigt, ist nicht nur die Behandlungsfähigkeit des Klienten, sondern gleichermassen die Behandlungsfähigkeit der Vollzugseinrichtung unumgängliche Voraussetzung des stationären Massnahmevollzugs. Die in Kapitel 5.4 entwickelten Qualitätsstandards sichern die Behandlungsfähigkeit einer Vollzugseinrichtung in Bezug auf Straftäter und Straftäterinnen mit einer psychischen Störung. Die Qualitätsstandards sind allerdings noch nicht gewichtet. In einem nächsten Schritt müssen die BVD definieren, welche Standards sie für alle externen Leistungserbringer als verbindlich erklären wollen und welche institutionsspezifisch ausgestaltet werden können. Die Gewichtung in Muss- und Soll-Standards ist eine strategische Entscheidung, welche die BVD im Austausch mit ihren Leistungserbringern vornehmen und beispielsweise in Form von Richtlinien für stationäre Einrichtungen transparent machen müssen.

Die externen Leistungserbringer müssen den BVD anhand ihrer Betriebs- und Behandlungskonzepte darlegen, wie sie die vorgegebenen Qualitätsstandards einhalten wollen und welches die von ihnen behandelten Problemschwerpunkte sind.

Damit die Vollzugseinrichtungen die Qualitätsstandards erreichen und einhalten können, sollten die BVD ihnen notwendige Ressourcen zur Verfügung stellen. Im Einzelnen sind folgende Unterstützungseleistungen sinnvoll:

- Die BVD erläutern den Vollzugseinrichtungen das Konzept ROB³¹. Sie bieten Fort- und Weiterbildung zum Thema Risikoorientierung an.
- Die BVD entwickeln in Absprache mit den Vollzugseinrichtungen einen Vollzugsplan. Dieser wird als einheitliche Vorlage von allen Vollzugseinrichtungen verwendet.
- Die BVD informieren die Vollzugseinrichtungen über das KLIPS³², ihr Instrument zur Planung von Interventionen. Sie etablieren KLIPS als gemeinsame Arbeitsgrundlage. Sie gewährleisten, dass KLIPS beim einzelnen Klienten Eingang in den individuellen Vollzugsplan findet.
- Die BVD informieren die Vollzugseinrichtungen über FOTRES³³, ein Instrument zur Messung der Rückfallgefahren eines Straftäters. Sie etablieren FOTRES als gemeinsame Arbeitsgrundlage. Sie gewährleisten, dass FOTRES zur individuellen Risikobeurteilung verwendet wird.
- Die BVD entwickeln eigene risikoorientierte Behandlungsprogramme; die Klienten und Klientinnen absolvieren die Programme im Hinblick auf die bedingte Entlassung und im Rahmen der ambulanten Nachbehandlung nach bedingter Entlassung.

Mit den Qualitätsstandards stellen die BVD ein Instrument zur Verfügung, mit dem sie anhand einheitlicher Kriterien die Betriebs- und Behandlungskonzepte beurteilen und schliesslich entscheiden können, mit welchen Leistungsanbietern Arbeitsbündnisse abgeschlossen werden sollen. Mit Hilfe von Leistungsvereinbarungen wird die Zusammenarbeit auf eine klare strukturelle Grundlage gestellt. Die Form der Zusammenarbeit muss in Leistungsvereinbarungen ebenso geregelt sein wie ein laufender Qualitätssicherungsprozess.

Qualität lässt sich durch ein prozessorientiertes Qualitätsmanagement sichern; dazu gehört eine aussagekräftige Statistik. Es ist Aufgabe der BVD zu prüfen, ob stationäre Behandlungen nach Art. 59 StGB langfristig wirksam sind. Es gilt Daten zur Legalbewährung zu erheben, die Ergebnisse unter den Vollzugseinrichtungen und mit den Institutionen anderer Länder zu vergleichen. Die BVD erwarten von den Vollzugseinrichtungen, dass diese den Erfolg ihrer Behandlungsprozesse eruieren, analysieren und den BVD transparent kommunizieren.

In der vorliegenden Arbeit interessierte die Frage nach der bestmöglichen Wirkung in der stationären Behandlung von Straftätern und Straftäterinnen mit einer psychischen Störung. Tatsäch-

³¹ Vgl. Kapitel 3

³² Vgl. Kapitel 3

³³ Vgl. Fussnote 26

lich lässt sich ein Katalog von Qualitätsstandards definieren, deren Einhaltung die Wirksamkeit der Behandlung sicherstellt. Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es die absolut sichere Wirkung nicht geben kann; ein Restrisiko für ein neues Delikt bleibt immer vorhanden. Der ungewisse Ausgang, das nicht Vorhersehbare und die begrenzte Steuerungsfähigkeit gehören stets zur Arbeit mit Menschen. Mit der Umsetzung der in dieser Arbeit entwickelten Qualitätsstandards lassen sich Rückfallrisiken jedoch minimieren – im Interesse des Klienten und der Gesellschaft.

7 Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Gesundheit. (2006). *Das modulare QuaTheDa-Referenzsystem. Die Qualitätsnorm für den Suchthilfebereich*. [On-line]. Available: <http://www.quatheda.ch/pdf/de/2006/Referenzsystem-de.pdf>.
- Buonvicini, P. (2005). *Therapieziele in der Forensischen Psychotherapie: Erfassung und Bewertung*. Unveröff. Diplomarbeit, Zürcher Fachhochschule, Hochschule für Angewandte Psychologie.
- Christoffel, U. & Schönfeld, F. (2008). *Es gilt, die Zeit zu nutzen. Deliktpräventive Psychotherapie mit Straftätern*. *Psychoscope* 10/2008, 8 – 11.
- Claudon, A. & Fink, D. (2008). „*What works*“ im Strafvollzug. *Info Bulletin* 2/2008, S. 21-23.
- Dahle, K.-P. (1997). Therapie und Therapieindikation bei Straftätern. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren*. (S. 142-159). Bern: Hans Huber.
- Direktion der Justiz und des Innern des Kantons Zürich. (2001). *Die Essenz des Amtes für Justizvollzug*. Unveröff. Publikation. Direktion der Justiz und des Innern des Kantons Zürich. Justizvollzug Kanton Zürich.
- Drucker, P. (1967). *Die ideale Führungskraft*. Düsseldorf: Econ.
- Duden. (2000). *Das große Fremdwörterbuch*. (2. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.
- Elsner, K. (2006). Sexuell deviante Rechtsbrecher. In H.-L. Kröber; D. Dölling; N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie. Bd. 3* (S. 305-325). Darmstadt: Steinkopff.
- Engelhardt, H. D. (2001). *Total Quality Management. TQM: Konzept – Verfahren – Diskussion*. Augsburg: ZIEL – Zentrum für interdisziplinäres Lernen GmbH.
- Freese, R. (2006). *Klinik für forensische Psychiatrie Haina. Das Behandlungskonzept der Klinik* [On-line]. Available: <http://www.psych-haina.de/kffp/html/behkonzept.html>.

- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. (1998). *Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept. Leitbild und Rahmenkonzept*. [On-line]. Available: <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/zahlen/Publikationen.html>.
- Härter, M., Linster, H.W. & Stieglitz R.-D. (2003). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In M. Härter, H.W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung*. (S. 47-46). Göttingen: Hogrefe.
- Hax-Schoppenhorst, T. & Schmidt-Quernheim, F. (2003). *Professionelle forensische Psychiatrie: Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber.
- Heer, M. (2007). Strafrecht I. In M.A. Niggli & H. Wiprächtiger (Hrsg.), *Strafrecht I, Art. 1-110 StGB, Jugendstrafgesetz, Basler Kommentar. Band 1* (2. Aufl., S. 1605-1609). Basel: Helbing Lichtenhahn.
- Kielisch, S. (2005). Eingangsdiagnostik und Therapieplanung. In R. Müller-Isberner & L. Grentenkord (Hrsg.), *Psychiatrische Kriminaltherapie, Band 3* (S. 138-164). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Leygraf, N. (2006). Psychiatrischer Massregelvollzug. In H.-L. Kröber; D. Dölling; N. Leygraf & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie. Bd. 3* (S. 193-304). Darmstadt: Steinkopff.
- Lösel, F. & Bender D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren. Ein Handbuch*. (S. 171 – 204). Bern: Hans Huber.
- Mayer, K. (2007). *Das Konzept der Risikoorientierten Bewährungshilfe*. Unveröff. Publikation. Direktion der Justiz und des Innern des Kantons Zürich. Justizvollzug Kanton Zürich.
- Mayer, K., Schlatter, U. & Zobrist, P. (2005a). *Das Konzept der Risikoorientierten Bewährungshilfe*. Unveröff. Publikation. Direktion der Justiz und des Innern des Kantons Zürich. Justizvollzug Kanton Zürich.

- Mayer, K., Schlatter, U. & Zobrist, P. (2005b). *Wirksamkeits-Prinzipien in der Bewährungshilfe*. Unveröff. Publikation. Direktion der Justiz und des Innern des Kantons Zürich. Justizvollzug Kanton Zürich.
- Merchel, J. (2001). *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*. Münster: Votum.
- Müller-Isberner, R. (2005). Psychiatrische Kriminaltherapie. In R. Müller-Isberner & L. Grentenkord (Hrsg.), *Psychiatrische Kriminaltherapie, Band 1* (S. 1-6). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Müller-Isberner, R. (2008). *Psychotherapie*. [On-line]. Available: <http://www.imedo.de/practice/provider/show.html>.)
- Ostschweizer Strafvollzugskommission. (2006). *Richtlinien für die Vollzugsplanung vom 7. April 2006*. Unveröff. Publikation. Ostschweizer Strafvollzugskommission.
- Ostschweizer Strafvollzugskommission. (2008). *Grundleistungen beim Vollzug von stationären therapeutischen Massnahmen*. Unveröff. Publikation. Ostschweizer Strafvollzugskommission.
- Reif, R. & Horber, O. (2006). *Richtlinie: Interprofessioneller Behandlungsprozess auf den Massnahmestationen*. Unveröff. Publikation. Psychiatriezentrum Rheinau.
- Sander, G. & Bauer, E. (2006). *Strategieentwicklung kurz und klar. Das Handbuch für Non-Profit-Organisationen*. (Hochschule für Soziale Arbeit, Hrsg.). Bern: Haupt.
- Schweizerisches Strafgesetzbuch*. (2006). Zürich: orell füssli.
- Urbaniok, F. (2000). *AIP: Teamorientierte Behandlung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Urbaniok, F. (2003). *Was sind das für Menschen – was können wir tun*. Bern: Zytglogge.

- Urbaniok, F. & Schmalbach, S. (2002). AIP: Das Zürcher Spezialprogramm zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern. In M. Lasar & U. Trenckmann (Hrsg.), *Persönlichkeit und psychische Erkrankung* (S. 6-18). Dortmund: Psychogen-Verlag.
- Urbaniok, F. & Stürm, M. (2006a). *Das Zürcher „Ambulante Intensiv-Programm“ (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern. Teil 1: Entstehungsgeschichte und methodische Grundlagen*. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 3/2006, 103 – 118.
- Urbaniok, F. & Stürm, M. (2006b). *Das Zürcher „Ambulante Intensiv-Programm“ (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern. Teil 2: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen*. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 3/2006, 119 – 133.
- Weltgesundheitsorganisation (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (4. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Wikipedia. (2008). *EFQM-Modell*. [On-line]. Available: <http://de.wikipedia.org/wiki/EFQM-Modell>.

8 Anhang

8.1 Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen

Kantonales Straf- und Justizvollzugsgesetz (StJVG)

§ 14 des Kantonalen Straf- und Justizvollzugsgesetzes StJVG:

Der Direktion obliegen alle im Zusammenhang mit dem Vollzug strafrechtlicher Sanktionen anfallenden Aufgaben und Entscheide, die nicht ausdrücklich anderen Instanzen übertragen sind.

Der Regierungsrat bezeichnet die Angelegenheiten, deren Erledigung er einer Amtsstelle überträgt.

Kantonale Justizvollzugsverordnung (JVV)

§ 5 lit. a der Justizvollzugsverordnung JVV:

Das Amt

a) vollzieht die von zürcherischen Gerichten und Strafverfolgungsbehörden ausgesprochenen Freiheitsstrafen und Massnahmen, die vorzeitig angetretenen Freiheitsstrafen und Massnahmen sowie die Anordnung gemeinnütziger Arbeit.

Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB)

Art. 58 Abs. 1 StGB:

Ist die Anordnung einer Massnahme nach den Artikeln 59 - 61 oder Artikel 63 zu erwarten, so kann dem Täter gestattet werden, den Vollzug vorzeitig anzutreten.

Art. 59 StGB:

Ist der Täter psychisch schwer gestört, so kann das Gericht eine stationäre Behandlung anordnen, wenn:

- a) der Täter ein Verbrechen oder Vergehen begangen hat, das mit seiner psychischen Störung in Zusammenhang steht; und
- b) zu erwarten ist, dadurch lasse sich die Gefahr weiterer mit seiner psychischen Störung in Zusammenhang stehender Taten begegnen.

Die stationäre Behandlung erfolgt in einer geeigneten psychiatrischen Einrichtung oder einer Massnahmenvollzugseinrichtung.

Solange die Gefahr besteht, dass der Täter flieht oder weitere Straftaten begeht, wird er in einer geschlossenen Einrichtung behandelt. Er kann auch in einer Strafanstalt nach Artikel 76 Absatz 2 behandelt werden, sofern die nötige therapeutische Behandlung durch Fachpersonen gewährleistet ist.

Der mit der stationären Behandlung verbundene Freiheitsentzug beträgt in der Regel höchstens fünf Jahre. Sind die Voraussetzungen für die bedingte Entlassung nach fünf Jahren noch nicht gegeben und ist zu erwarten, durch die Fortführung der Massnahme lasse sich der Gefahr weiterer mit der psychischen Störung des Täters in Zusammenhang stehender Verbrechen oder Vergehen begegnen, so kann das Gericht auf Antrag der Vollzugsbehörde die Verlängerung der Massnahme um jeweils höchstens fünf Jahre anordnen.

Art. 62 StGB:

Der Täter wird aus dem stationären Vollzug der Massnahme bedingt entlassen, sobald sein Zustand es rechtfertigt, dass ihm Gelegenheit gegeben wird, sich in der Freiheit zu bewähren.

Bei der bedingten Entlassung aus einer Massnahme nach Artikel 59 beträgt die Probezeit ein bis fünf Jahre, bei der bedingten Entlassung aus einer Massnahme nach den Artikeln 60 und 61 ein bis drei Jahre.

Der bedingt Entlassene kann verpflichtet werden, sich während der Probezeit ambulant behandeln zu lassen. Die Vollzugsbehörde kann für die Dauer der Probezeit Bewährungshilfe anordnen und Weisungen erteilen.

Erscheint bei Ablauf der Probezeit eine Fortführung der ambulanten Behandlung, der Bewährungshilfe oder der Weisungen notwendig, um der Gefahr weiterer mit dem Zustand des bedingt Entlassenen in Zusammenhang stehender Verbrechen und Vergehen zu begegnen, so kann das Gericht auf Antrag der Vollzugsbehörde die Probezeit wie folgt verlängern:

- c) bei der bedingten Entlassung aus einer Massnahme nach Artikel 59 jeweils um ein bis fünf Jahre;
- d) bei der bedingten Entlassung aus einer Massnahme nach den Artikeln 60 und 61 um ein bis drei Jahre.

Die Probezeit nach der bedingten Entlassung aus einer Massnahme nach den Artikeln 60 und 61 darf insgesamt höchstens sechs Jahre dauern.

Hat der Täter eine Straftat im Sinne von Artikel 64 Absatz 1 begangen, so kann die Probezeit so oft verlängert werden, als dies notwendig erscheint, um weitere Straftaten dieser Art zu verhindern.

Art. 62a StGB:

Begeht der bedingt Entlassene während der Probezeit eine Straftat und zeigt er damit, dass die Gefahr, der die Massnahme begegnen soll, fortbesteht, so kann das für die Beurteilung der neuen Tat zuständige Gericht nach Anhörung der Vollzugsbehörde:

- a) die Rückversetzung anordnen;
- b) die Massnahme aufheben und, sofern die Voraussetzungen dazu erfüllt sind, eine neue Massnahme anordnen; oder
- c) die Massnahme aufheben und, sofern die Voraussetzungen dazu erfüllt sind, den Vollzug einer Freiheitsstrafe anordnen.

Sind auf Grund der neuen Straftat die Voraussetzungen für eine unbedingte Freiheitsstrafe erfüllt und trifft diese mit einer zu Gunsten der Massnahme aufgeschobenen Freiheitsstrafe zusammen, so spricht das Gericht in Anwendung von Artikel 49 eine Gesamtstrafe aus.

Ist auf Grund des Verhaltens des bedingt Entlassenen während der Probezeit ernsthaft zu erwarten, dass er eine Tat im Sinne von Artikel 64 Absatz 1 begehen könnte, so kann das Gericht, das die Massnahme angeordnet hat, auf Antrag der Vollzugsbehörde die Rückversetzung anordnen.

Die Rückversetzung dauert für die Massnahme nach Artikel 59 höchstens fünf Jahre, für die Massnahmen nach den Artikeln 60 und 61 höchstens zwei Jahre.

Sieht das Gericht von einer Rückversetzung oder einer neuen Massnahme ab, so kann es:

- a) den bedingt Entlassenen verwarnen;
- b) eine ambulante Behandlung oder Bewährungshilfe anordnen;
- c) dem bedingt Entlassenen Weisungen erteilen; und
- d) die Probezeit bei einer Massnahme nach Artikel 59 um ein bis fünf Jahre, bei einer Massnahme nach den Artikeln 60 und 61 um ein bis drei Jahre verlängern.

Entzieht sich der bedingt Entlassene der Bewährungshilfe oder missachtet er die Weisungen, so ist Artikel 95 Absätze 3-5 anwendbar.

Art. 62b Abs. 1 StGB:

Hat sich der bedingt Entlassene bis zum Ablauf der Probezeit bewährt, so ist er endgültig entlassen.

Art. 62d Abs. 1 StGB:

Die zuständige Behörde prüft auf Gesuch hin oder von Amtes wegen, ob und wann der Täter aus dem Vollzug der Massnahme bedingt zu entlassen oder die Massnahme aufzuheben ist. Sie beschliesst darüber mindestens einmal jährlich. Vorher hört sie den Eingewiesenen an und holt einen Bericht der Leitung der Vollzugseinrichtung ein.

Art. 77a StGB:

Die Freiheitsstrafe wird in Form des Arbeitsexternats vollzogen, wenn der Gefangene einen Teil der Freiheitsstrafe, in der Regel mindestens die Hälfte, verbüsst hat und nicht zu erwarten ist, dass er flieht oder weitere Straftaten begeht.

Im Arbeitsexternat arbeitet der Gefangene ausserhalb der Anstalt und verbringt die Ruhe- und Freizeit in der Anstalt. Der Wechsel ins Arbeitsexternat erfolgt in der Regel nach einem Aufenthalt von angemessener Dauer in einer offenen Anstalt oder der offenen Abteilung einer geschlossenen Anstalt. Als Arbeiten ausserhalb der Anstalt gelten auch Hausarbeit und Kinderbetreuung.

Bewährt sich der Gefangene im Arbeitsexternat, so erfolgt der weitere Vollzug in Form des Wohn- und Arbeitsexternats. Dabei wohnt und arbeitet der Gefangene ausserhalb der Anstalt, untersteht aber weiterhin der Strafvollzugsbehörde.

Art. 90 Abs. 2 StGB:

Zu Beginn des Vollzugs der Massnahme wird zusammen mit dem Eingewiesenen oder seinem gesetzlichen Vertreter ein Vollzugsplan erstellt. Dieser enthält namentlich Angaben über die Behandlung der psychischen Störung, der Abhängigkeit oder der Entwicklungsstörung des Eingewiesenen sowie zur Vermeidung der Drittgefährdung.

Art. 93 StGB:

Mit der Bewährungshilfe sollen die betreuten Personen vor Rückfälligkeit bewahrt und sozial integriert werden. Die für die Bewährungshilfe zuständige Behörde leistet und vermittelt die hierfür erforderliche Sozial- und Fachhilfe.

Personen, die in der Bewährungshilfe tätig sind, haben über ihre Wahrnehmungen zu schweigen. Sie dürfen Auskünfte über die persönlichen Verhältnisse der betreuten Person Dritten nur geben, wenn die betreute Person oder die für die Bewährungshilfe zuständige Person schriftlich zustimmt.

Die Behörden der Strafrechtspflege können bei der für die Bewährungshilfe zuständigen Behörde einen Bericht über die betreute Person einholen.

8.2 Anhang 2: Das Zürcher „Ambulante Intensiv-Programm“ (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern

Das AIP wurde vom Psychiatrisch-Psychologischen Dienst der Direktion der Justiz und des Innern (PPD) für die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen entwickelt; die Behandlungsmethodik und diverse Interventionstechniken entsprechen den aktuellsten Resultaten wirkungsorientierter Straftäter- und Straftäterinnenbehandlung. Das AIP wird als Gruppenprogramm angeboten. Vor Behandlungsbeginn studieren die Therapeutischen Mitarbeitenden des AIP sämtliche Gerichtsunterlagen, analysieren die Delikte und ihre Muster und beschreiben Klientenspezifische Probleme und Ressourcen; die fachlichen Einschätzungen überprüfen und ergänzen sie durch Gespräche mit dem Straftäter (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 124). Zentrales Element deliktpräventiver Arbeit sind deliktorientierte Interventionen. Dazu gehören die Deliktanalyse und die Deliktprävention. Für die beiden Ansätze werden nachfolgend einige wichtige Interventionsmethoden genannt:

Deliktanalyse:

a) Offenlegung des Deliktverhaltens

Bei der Offenlegung des Deliktverhaltens gilt es, die Umstände der Tat zu klären, festzustellen, wie und wann ein Straftäter die Weichen Richtung Delikt gestellt hat. Im Fokus stehen die persönlichen, sozialen und situativen Tatumstände. Mit Blick in die Vergangenheit wird die Entwicklung der Delinquenz durchleuchtet (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 126).

b) Deliktrekonstruktion

Bei der Deliktrekonstruktion werden risikorelevante Faktoren erfasst. Der Straftäter lernt kognitive und affektive Anteile seines Deliktverhaltens zu erfassen und bewusst wahrzunehmen (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 127). Individuelle Frühwarnzeichen drohenden Deliktverhaltens sollen erkannt und präventive Handlungen eingeübt werden.

c) Arbeit mit dem Deliktteil

Deliktteilarbeit analysiert und bearbeitet Persönlichkeitsanteile, welche Delinquenz fördern (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 127). Beispielsweise wird mit deliktrelevanten Fantasien gearbeitet. Deliktrelevante Fantasien sind ein Risikomerkmals. Fantasien gehen Handlungen voran, bereiten diese vor oder begünstigen sie. Fantasien können die Motivation für Straftaten hervorrufen, diese verstärken und zu einem Handlungsimpuls führen. In der Fantasiearbeit wird geklärt,

wie gross die Distanz zwischen Fantasie und Handeln ist, wie stark die Fantasie ausgeprägt ist, wie oft sie auftaucht und wie stark die dabei empfundenen Gefühle sind. Der Straftäter lernt, risikorelevante Fantasiemerkmale zu entschärfen und günstige Elemente in die Fantasie einzubringen (Urbaniok, 2003, S. 47 – 53).

d) Arbeit an kognitiven Verzerrungen

Kognitive Verzerrungen fördern und legitimieren das eigene Deliktverhalten. Sie äussern sich beispielsweise durch das Bagatellisieren oder Beschönigen einer Straftat. Kognitive Verzerrungen gehen einer Straftat voraus und „erleichtern“ die Begehung oder sie setzen nach einer Straftat ein und „begünstigen“ die Verarbeitung. Die Funktion kognitiver Verzerrungen wird in einer Art gemeinsamen Suche von Fachperson und Straftäter ergründet und analysiert (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 128).

Deliktprävention:

e) Förderung der Opferempathie

Um Empathie für andere Menschen empfinden zu können, gilt es eigene Emotionen wahrnehmen und sich mit anderen in Bezug setzen zu lernen. Emotionale Kompetenzen des Straftäters werden deshalb gestärkt (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 128).

f) Coping und Creating

Coping bezieht sich auf die Straftaten und zielt auf alternative Verhaltensweisen. Creating fördert Verhaltensweisen, die eine befriedigende Lebensführung unterstützen. Coping und Creating werden einfach gestaltet, damit sie im Lebensalltag konkret umsetzbar sind. So wird etwa erlernt, wie negative Gefühle artikuliert werden, wie ein risikoreiches Umfeld gemieden oder Freizeit sinnvoll erlebt werden kann (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 129).

g) Individueller Plan zur Rückfallvermeidung

Der individuelle Plan zur Rückfallvermeidung soll konkret und handlungsnah formuliert sein. Er hält fest, wie der Straftäter Rückfälle vermeiden kann. Je eher eine deliktrelevante Handlungskette unterbrochen werden kann, umso grösser sind die Chancen Rückfälle zu verhindern (Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim (2003, S. 87). Der Plan stellt den individuellen Risikofaktoren deliktpräventive Verhaltensstrategien gegenüber. Der Plan hilft in kritischen, deliktrelevanten Situationen erneute Straffälligkeit zu verhindern (Urbaniok & Stürm, 2006b, S. 129).

Straftäter haben unterschiedliche Voraussetzungen, sich auf einen deliktorientierten, therapeutischen Prozess einzulassen. Die Deliktbearbeitung ist insbesondere bei psychotischen Straftätern oft nur begrenzt möglich; diese Straftäter benötigen zum Schutz vor Überforderung Rückzugs-

möglichkeiten; eine aufdeckende Psychotherapie ist deshalb laut Hax-Schoppenhorst & Schmidt-Quernheim (2003, S. 94-95) kontraproduktiv. Hier gilt es aber mindestens eine ausreichende Absprachefähigkeit und Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme anzustreben.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Masterthesis selbständig verfasst zu haben und keine anderen als die im Literaturverzeichnis aufgeführten Quellen benutzt zu haben.

Günther Weber-Koradi

Wädenswil, 15. Februar 2009