



# Die stationäre Massnahme nach Art. 59 StGB Diagnose/Prognose/ Behandlung/Reintegration

Prof. Dr. med. Elmar Habermeyer  
Klinik für Forensische Psychiatrie  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich





# Teil 1: Diagnose/Prognose



- I. Einleitung
- II. Diagnostik in der Psychiatrie
- III. Diagnostisches Vorgehen
- IV. Kriminalprognose
- V. Fazit



# I. Einleitung



## Voraussetzungen für eine stationäre Massnahme nach Art. 59 StGB:

- Schwere psychische Störung (z.B. schwere Verhaltens-, Entwicklungs-, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Schizophrenie, organische Störungen, aber auch z.B. „pathologisches Glücksspiel“ etc.)
- Zusammenhang zwischen dieser Störung und dem begangenen Delikt
- Wenn zu erwarten ist, dass durch die stationäre Massnahme weitere Delikte verhindert werden können

# Art. 59: Vollzug



- Der Vollzug erfolgt in psychiatrischen Einrichtungen oder Massnahmevollzugseinrichtungen
- Bei **gefährlichen** Tätern erfolgt der Vollzug in einer geschlossenen psychiatrischen Klinik oder in einer geschlossenen Strafanstalt.
- Die stationäre Massnahme dauert **höchstens 5 Jahre**. Das Gericht kann - auf Antrag der Vollzugsbehörde (bei erneuter Begutachtung) - eine **Verlängerung** um jeweils fünf weitere Jahre anordnen.
- Der Täter wird aus dem stationären Vollzug der Massnahme **bedingt entlassen**, sobald sein Zustand es rechtfertigt (Prognose!).

# Verurteilungen zu einer Massnahme



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Total</b>	690	707	715	455	501	571	493	577	529	444
<b>Verwahrung (Art. 64 StGB)</b>	3	4	7	2	2	4	4	6	5	4
<b>Lebenslange Verw. (Art. 64bis)</b>	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
<b>Behandlung von psychischen Störungen (Art. 59 StGB)</b>	100	128	150	77	94	125	96	138	113	128
<b>Suchtbehandlung (Art. 60 StGB)</b>	145	155	159	91	81	101	87	100	86	60
<b>Ambulante Behandlung (Art. 63)</b>	419	393	378	257	293	325	290	316	312	240
<b>Einweisung in Einrichtung für junge Erwachsene (Art. 61)</b>	32	41	42	33	46	31	35	35	27	20

# Mittlerer Personenbestand nach Art der Massnahme



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Total</b>	<b>647</b>	<b>694</b>	<b>723</b>	<b>753</b>	<b>769</b>	<b>813</b>	<b>851</b>	<b>889</b>	<b>911</b>	<b>887</b>
<b>Verwahrung (Art. 64 StGB)</b>	140	138	142	150	145	145	142	145	146	143
<b>Behandlung von psychischen Störungen (Art. 59 StGB)</b>	315	368	400	430	442	475	505	517	528	530
<b>Suchtbehandlung (Art. 60 StGB)</b>	76	78	71	67	69	72	82	97	110	102
<b>Massnahme für junge Erwachsene (Art. 61)</b>	97	87	85	82	88	97	99	104	98	87

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/justizvollzug/unterbringung-vollzugsaufenthalt.assetdetail.3524331.html>

Stand 09.11.2018





# II. Diagnostik in der Psychiatrie



# Diagnostische Abklärung



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

- Psychische Störung
- Suchterkrankung
- Störung der Persönlichkeitsentwicklung
  
- Schweregrad bestimmen
- Zusammenhang Störung und Delikt
- Prognose
- Behandelbarkeit



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

# Behandlungssetting



- Stationär
  - schwere Erkrankung
  - hohe Gefährdung
  - geringe Absprachefähigkeit
  - geringe Motivation
  - fehlende Erreichbarkeit
  
- Ambulant
  - ambulant behandelbare Erkrankung
  - niedrigeres Risiko
  - Absprachefähigkeit
  - Motivation gegeben
  - Erreichbarkeit



# Identifizierung der Gruppe der „unbehandelbaren“ Täter



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

Nicht jeder Täter ist therapierbar

- Es gibt unbehandelbare, hochgradig rückfallgefährdete Gewalt- und Sexualverbrecher
- Konsequenz: lebenslanger Vollzug der Verwahrungsmassnahme

Geringe Therapieerfolgsaussicht: schwer angehbare Persönlichkeit, langjährige fortschreitende Deliktvorgeschichte, sadistische Tatelemente

- z.B. Täter, die infolge Tötungs- oder Sexualdelikte grosse Drittgefährlichkeit manifestierten und eine schlechte Legalprognose bzw. hohes Rückfallrisiko aufweisen



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

# Diagnostik in der Psychiatrie



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

- Psychiatrische Untersuchung
- Allgemeine Psychopathologie: Lehre von den Symptomen psychischer Störungen
- Moderne psychiatrische Klassifikationssysteme
  - ICD-10
  - DSM-IV

# Nominal-Definition von psychischen Krankheiten



- Entwicklung von Kriterien nach dem jeweils aktuellen Wissensstand
- Psychopathologische Konventionen
- Konstruktion eines Konzepts durch Experten
- Nicht was eine Störung ist, sondern unter welchen Umständen wir begründet von einer Störung sprechen, ist Gegenstand der psychiatrischen Diagnostikforschung
- Ansatz der modernen Klassifikationssysteme



# III. Diagnostisches Vorgehen



## Männlicher Explorand 40 Jahre

- Im Dezember: Hauptbahnhof ZH unvermittelte Attacke auf einen ihm unbekanntem Mann
- Januar darauf: Im Tram unvermittelte Attacke auf ihm unbekanntem Mann
- Vernehmung Täter: Opfer haben ihn beschimpft und mit dem Tod bedroht  
=> Notwehr
- Vernehmung Opfer: Kennen Täter nicht, keine Interaktion mit ihm

# Optionen



## Motiv

- Missverständnis?
- Frust/hohes Aggressionspotential?
- Drogen?
- Halluzination?

# Informationen zur Person



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

## Männlicher Explorand 40 Jahre

- Keine Schulschwierigkeiten
- Keine Jugenddelinquenz
- Mit 13 Cannabis, ab 16 Kokain, Alkohol
- Mit 19: Abbruch der Lehre

## Männlicher Explorand 40 Jahre

- Keine Schulschwierigkeiten
- Keine Jugenddelinquenz
- Mit 13 Cannabis, ab 16 Kokain, Alkohol
- Mit 19: Abbruch der Lehre
- Danach wiederholte Psychiatrie Aufenthalte
- Nimmt verordnete Medikation nicht
- Konsumiert Substanzen

# Angaben zu den Delikten



## Vorfall im Dezember:

- Schon im Vorfeld gereizt, grosse Menschenmenge hektische Stimmung. Herr W. und Begleiterin hätten höhnisch gelacht.
- Er habe sich deutlich provoziert gefühlt durch den Geschädigten und die Frau. Er habe sich in diesem Zusammenhang zum ersten Mal gegen "Mobbing/Gewalt" mit einer "Ohrfeige" gewehrt.
- Das "Mobbing" habe jedoch nicht aufgehört und halte seit mindestens acht Jahren an. Seitdem höre er tagtäglich von Leuten im Tram, dass er erschossen werden solle. Juristisch gesehen, sei das eine Morddrohung.

## Vorfall im Januar des Folgejahres:

- Reflex auf eine Morddrohung. Diese sei zweimal von der Begleiterin seines Opfers ausgesprochen worden. Er habe diese Drohung klar gehört. Die Frau habe gesagt, "schau, der wird noch verschossen".



- Wacher, zu allen Modalitäten vollständig orientierter Explorand
- Kontakt: Freundlich-überangepasst, dysphorische Gereiztheit, Misstrauen
- Antrieb: Gesteigert, ausgeprägt logorrhöisch mit lebhafter Gestik und Mimik
- Stimmung: Rasch wechselnd, dabei wiederholt auch dysphor-gereizte Affekte
- Formales Denken: Eingeengt, vorbeiredend, perseverierend, paralogisch, teilweise auch ungeordnet-zerfahren
- Inhaltliches Denken: Systematisierter Wahn mit ausgeprägten Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, Größenideen und hoher Wahndynamik
- Wahrnehmung: Akustische Halluzinationen in Form von Stimmenhören, v.a. kommentierender Art
- Ängste: Im Rahmen der psychotischen Symptomatik ("Angst, erschossen zu werden").
- Mangel an Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht
- Leichte bis mittelschwere Auffassungsstörungen, stark verminderte Konzentrationsfähigkeit

Während eines Zeitraumes von mindestens einem Monat sollte eine psychotische Episode mit entweder mindestens einem der unter 1. aufgezählten Syndrome, Symptome und Anzeichen oder mit mindestens zwei der unter 2. aufgezählten Symptome und Anzeichen bestehen.

## 1. Mindestens eines der folgenden Merkmale:

- a) Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung
- b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmung
- c) **kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die Patienten reden oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen**
- d) anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn, wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen

## 2. oder mindestens zwei der folgenden Merkmale:

- a) Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich während mindestens eines Monats, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne Beteiligung oder begleitet von langanhaltenden überwertigen Ideen
- b) **Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt**
- c) katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien, oder wächserne Biagsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor)
- d) **negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, Anhedonie, sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsstörung**

# Aufnahme Psychiatrie (15 Jahre zuvor)



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

## Psychopathologischer Befund bei Eintritt:

- Wach, zeitlich gut, örtlich und situativ mässig orientierter Patient, ruhig und kooperativ, im Denken eingengt auf folgendes Erleben:
- Fühlt sich von allen Leuten in Zürich herumkommandiert, ferngesteuert. Die Leute reden über ihn, haben keinen Respekt. *Hat in diesem Zusammenhang kürzlich einen Passanten angegriffen.*
  - *Halluzination?*
  - *Grund unklar*

## Aufnahme (6 Jahre zuvor)



- Er werde vor allem in Trams und Restaurants von anderen Menschen beschimpft und bedroht.
- *Besonders Frauen sprächen schlecht über ihn und versuchten, ihre Männer zu bewegen, ihn zu schlagen oder gar zu töten. Mehrfach habe er gehört, dass gesagt worden sei, er solle "verschossen" werden.*
- Die Beeinträchtigungen seien für ihn mittlerweile so unerträglich geworden, dass er in Erwägung ziehe, die Stadt Zürich zu verlassen.

## Aufnahme (3 Jahre zuvor)



- Der Eintritt erfolgte notfallmässig per FFE wegen akuter Fremdgefährdung.
- *Der Patient habe gezielt Gläser aus seiner Wohnung auf Passanten geworfen.*
- Gegenüber der Polizei habe er angegeben, er halte es in seiner Wohnung nicht mehr aus, da er von seinen Nachbarn gemobbt werde.



# IV. Kriminalprognose





**"Prognosen sind schwierig, vor allem, wenn sie  
die Zukunft betreffen"**

**(Karl Valentin)**



# Eine Systematik

(Hanson & Morton-Bourgon, 2009)



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

## Unstrukturierte professionelle Beurteilung

- keine Spezifizierung von Risikofaktoren im Vorhinein; keine expliziten Regeln für die Kombination einzelner Kriterien zu einer Gesamteinschätzung
  - **intuitiv, individuelle Variabilität**

## Empirisch-aktuarisch

- Itemauswahl nach beobachteten Zusammenhängen mit dem Ergebnis; explizite Verrechnungs-/Gewichtungsregeln  
z.B. SORAG, *Static-99*
  - **statistisch, eingeschränkte individuelle Aussagekraft**

# Risiko (min-max) für Kriminalität, Gewaltkriminalität und Tötungsdelinquenz bei schizophrenen Psychosen (OR, RR, 95% CI)



	Kriminalität		Gewaltkriminalität		Tötungsdelinquenz	
	min.	max.	min.	max.	min.	max.
<b>M</b>	<b>0,9</b> (0,7 - 1,3)	<b>4,9</b> (3,7 - 6,6)	<b>1,9</b> (1,4 - 2,6)	<b>7,9</b> (2,8 - 21,9)	<b>5,9</b> (4,3 - 8,0)	<b>10,1</b> (5,6 - 18,6)
<b>F</b>	<b>1,3</b> (0,3 - 5,4)	<b>5,0</b> (2,3 - 10,8)	<b>4,3</b> (1,6 - 11,6)	<b>7,1</b> (3,3 - 15,3)	<b>6,5</b> (2,6 - 16,0)	<b>18,8</b> (11,2 - 31,6)
<b>M + F</b>	<b>1,6</b> (1,3 - 1,9)	<b>4,8</b> (3,6 - 6,2)	<b>3,2</b> (2,4 - 4,2)	<b>7,4</b> (4,0 - 13,5)	<b>8,8</b> (6,7 - 11,5)	<b>38,1</b> (17,9 - 81,0)





## Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)\*

\*Quinsey V.L., Harris G.T., Rice M.E., Cormier C.A. (2006)

In: Violent Offenders – Appraising and Managing Risk.  
American Psychological Association, Washington DC

### Autorisierte deutsche Übersetzung von

Astrid Rossegger, Frank Urbaniok, Célia Danielsson und Jérôme Endrass

In: Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. 77(10):577-584

Die Übersetzung vom Englischen ins Deutsche erfolgte durch oben genannte Autoren. Die deutsche Übersetzung wurde von einem Native Speaker ins Englische rückübersetzt, der blind für die englische Originalversion war.

Die deutsche Übersetzung und die englische Rückübersetzung wurden den Autoren des VRAGs sowie dem Verlag, in dem das Buch erschienen ist, zur Prüfung vorgelegt und von diesen freigegeben.

 VRAG in deutscher Übersetzung

### Auswertung

Name: **Vorname Name**

1	Bis zum 16. Lebensjahr mit beiden biologischen Elternteilen gelebt (ausser bei Tod eines Elternteils)	3
2	Mangelhafte Anpassung in der Grundschule	-1
3	Alkoholprobleme in der Vorgeschichte	2
4	Zivilstand	1
5	Punktwert der kriminellen Vorgeschichte für Verurteilungen und Anklagen wegen nicht-gewalttätiger Delikte vor dem Anlassdelikt	3
6	Versagen bei früherer bedingter Entlassung	3
7	Alter zum Zeitpunkt des Index-Delikts	-5
8	Verletzungsgrad des Opfers	1
9	Irgendein weibliches Opfer	1
10	Erfüllt die DSM-III-Kriterien für irgendeine Persönlichkeitsstörung	-2
11	Erfüllt die DSM-III-Kriterien für Schizophrenie	-3
12	Anzahl Punkte auf der Psychopathy Checklist-Revised	-1

Summenwert:

2





## Wahrscheinlichkeit gewalttätiger Rückfälle bezogen auf zwei unterschiedlich lange Beobachtungszeiträume als eine Funktion von 9 gleichgrossen Risikokategorien des Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)

Summenwert	VRAG	Rückfallwahrscheinlichkeit	
	Risikokategorie	7 Jahre	10 Jahre
≤ -22	1	0%	8%
-22 bis -15	2	8%	10%
-14 bis -8	3	12%	24%
-7 bis -1	4	17%	31%
<b>0 bis 6</b>	<b>5</b>	<b>35%</b>	<b>48%</b>
7 bis 13	6	44%	58%
14 bis 20	7	55%	64%
21 bis 27	8	76%	82%
≥ 28	9	100%	100%

### Interpretation der Resultate

Bei der Anwendung des VRAG wurde ein Summenwert von **2** erreicht.

Dies entspricht der Risikokategorie **5**. Das Rückfallrisiko für erneute Anklagen und Verurteilungen wegen eines Gewaltdelikt (einschliesslich Sexualdelikten) liegt bei Straftätern mit einer vergleichbaren Merkmalskombination innerhalb von 7 Jahren bei **35%** und innerhalb von 10 Jahren bei **48%**.

# Zwischenstand



- Basisraten und aktuarische Instrumente repräsentieren empirische Befunde
- Sie sind leicht zu handhaben
- Einige Manuale sind leicht zugänglich
- Einzelfälle können Risikokategorien zugeordnet werden
- Keine Aussagen zu Persönlichkeit, aktuellem Befund und Entwicklungsschritten, Interventionsstrategien
  - dadurch werden wesentliche Ziele eines Prognosegutachtens verfehlt



## Dimension 1: Statische Variablen (History)

- H1: **frühere Gewaltanwendung**
- H2: geringes Alter bei 1. Gewalttat (<20, 20-39, 40 und älter)
- H3: **instabile Beziehungen**
- H4: **Probleme im Arbeitsbereich**
- H5: **Substanzmissbrauch**
- H6: **(gravierende) seelische Störung**
- H7: Psychopathy (PCL-Score)
- H8: frühe Fehlanpassung
- H9: Persönlichkeitsstörung
- H10: **frühere Verstöße gegen Auflagen**

## Dimension 2: Klinische Variablen (Gegenwart)

- C1: **Mangel an Einsicht**
- C2: **negative Einstellungen**
- C3: **aktive Symptome**
- C4: **Impulsivität**
- C5: **fehlender Behandlungserfolg**

## Dimension 3: Risikovariablen (Zukunft)

- R1: **Fehlen realisierbarer Pläne**
- R2: **destabilisierende Einflüsse**
- R3: **Mangel an Unterstützung**
- R4: **fehlende Compliance**
- R5: **Stressoren**

- strukturierte Risikoprognoseinstrumente erlauben genauere Vorhersagen von Gewaltdelikten als intuitive klinische Einschätzungen
- die Vorhersagegüte ( $d = 0.78$  für das HCR-20; Yang et al., 2010) liegt oberhalb der Vorhersagegüte des Belastungs-EKG für Herzerkrankungen ( $d = 0.52$ ), aber
- unterhalb der Mammografie für Brustkrebs ( $d = 3.14$ ; Hasselblad & Hedges, 1996)



# V. Fazit



- statistische Verfahren können die Einzelfallbeurteilung nicht ersetzen
- Abgleich psychopathologischer Erkenntnisse und statistischer Daten ist sinnvoll
- dieser Abgleich kann vor Fehlern schützen
- dennoch kann prinzipiell ohne statistische Verfahren gearbeitet werden
- ohne eine psychopathologisch fundierte Analyse der biographischen Entwicklung und Entwicklung einer Delinquenzhypothese ist eine sachgerechte kriminalprognostische Begutachtung nicht möglich

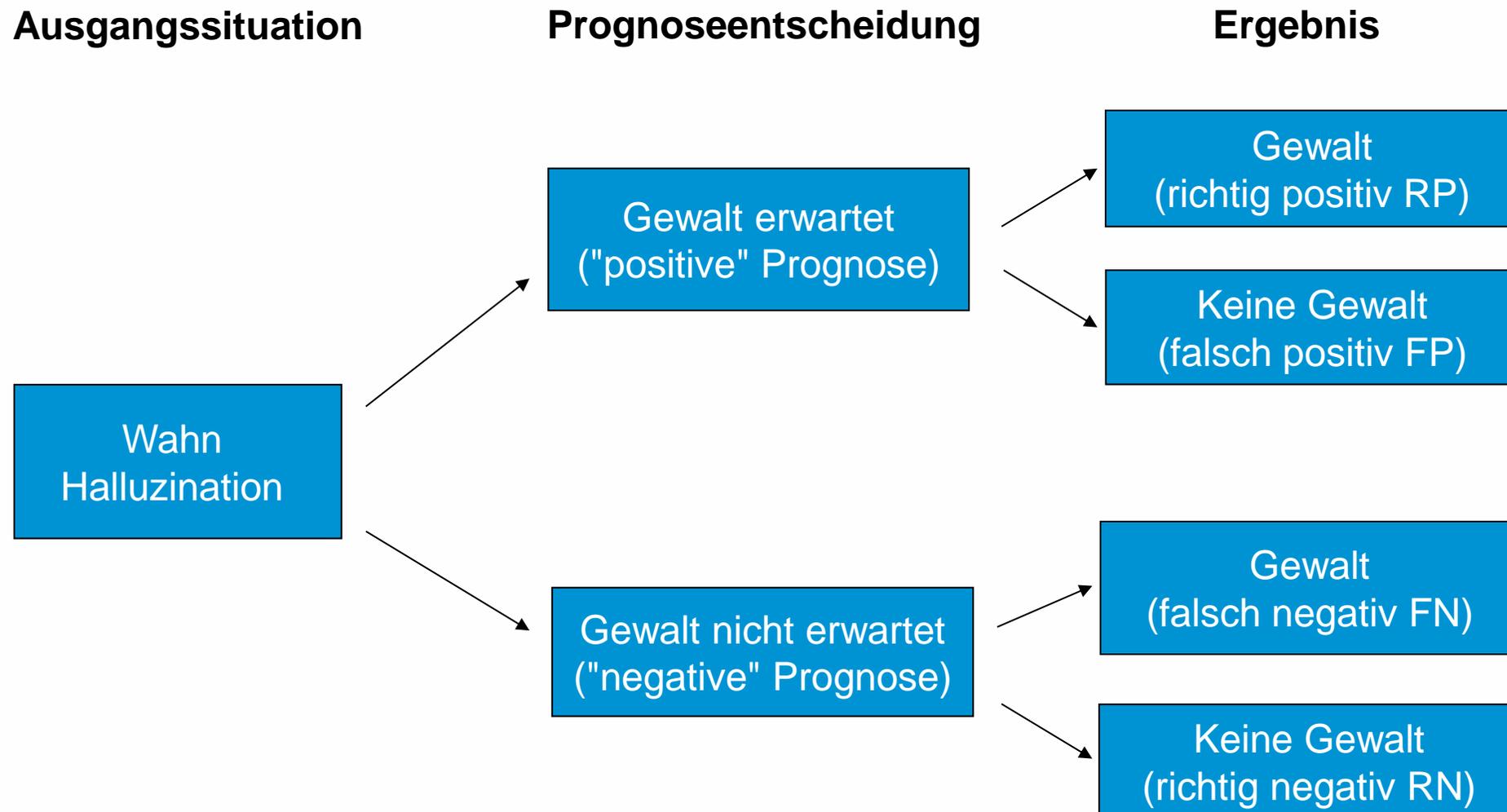


**"Der beste Prädiktor für künftiges Verhalten ist  
früheres Verhalten"**

**(E.L. Thorndike, 1911)**



# Prognoseentscheidung und Ergebnis



# Prognoseentscheidung



- Es geht nicht zwingend darum, ob das Ereignis eintritt
  - falsch positiven Thematik
- Es geht um die Zuordnung zu Risikogruppen
- Es geht um die Abklärung von Präventions-, Interventionsstrategien



# Teil 2: Behandlung/Reintegration

# Inhalt Teil II



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

- I. Allgemeine Behandlungsgrundsätze
- II. Deliktpräventive Therapie
- III. Effektivität



# I. Allgemeine Behandlungsgrundsätze



# Komplexe Verknüpfungen



# Delinquenzfördernde Faktoren



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

- Männliches Geschlecht
- Mangelnde soziale Fertigkeiten/Wahrnehmung, soziale Randständigkeit/Desintegration
- Geringe Entwicklung von Werten und Moral
- Geringe Empathiefähigkeit
- Dysfunktionale Problemlösestrategien
- Mangelnde Selbstkontrolle, Impulshaftigkeit
- Gestörte Emotionsregulation
- Hass, „sadistische“ Persönlichkeit
- anhaltender Autoritätskonflikt
- Starre Denkmuster, fehlendes kreatives und kritisches Denken, geringe Selbstreflexion
- Suchtmittelgebrauch
- Sexuelle Devianz
- Psychiatrische Krankheit, schwierige psychiatrische Behandlung, chronische psychiatrische Erkrankung
- Non-Compliance
- Fehlende (kompetente) therapeutische Unterstützung



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

# Allgemeine Behandlungsvoraussetzungen



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

Therapeutisch ausgerichtetes Behandlungsmilieu

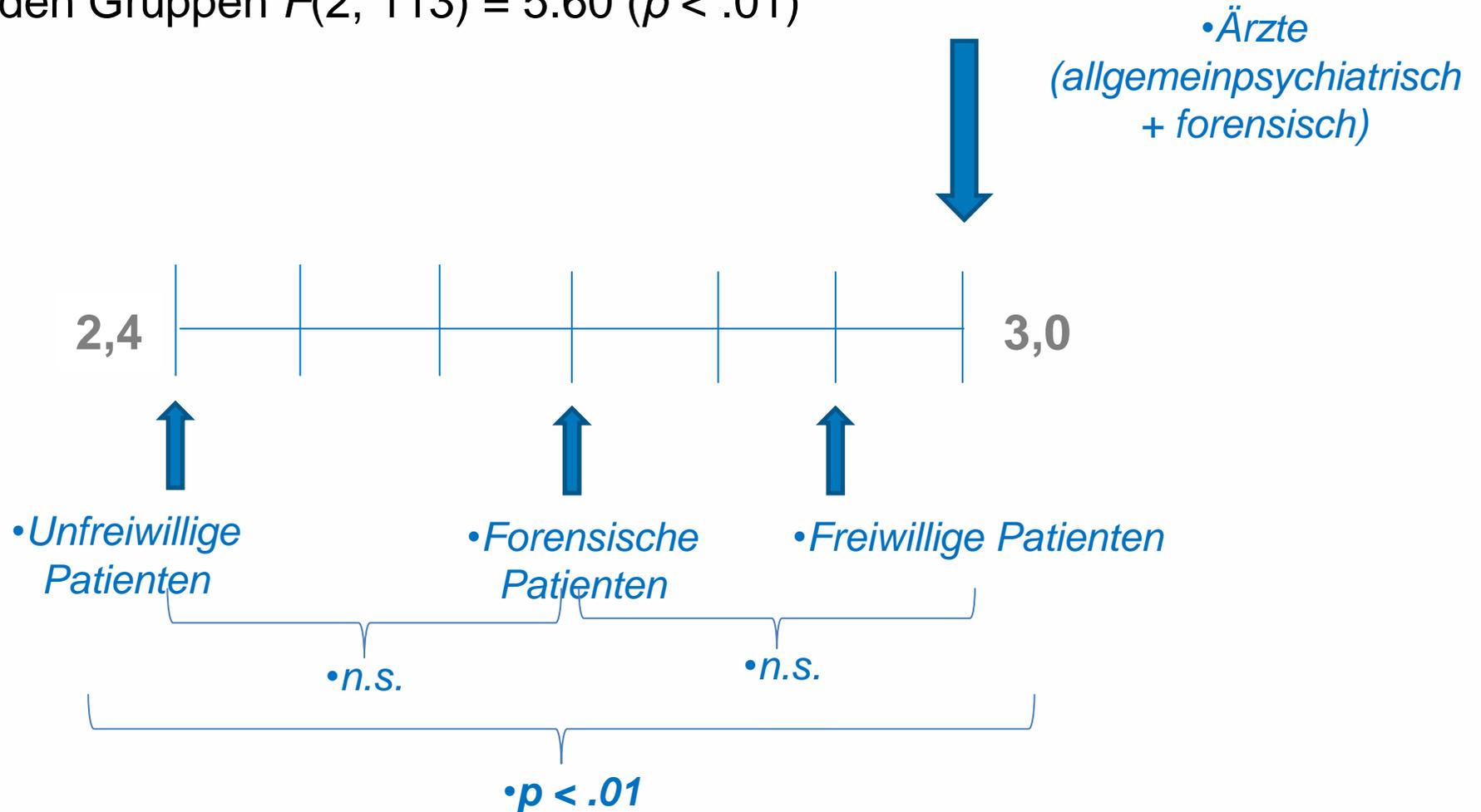
- Klarheit, Transparenz, Eindeutigkeit, Nachvollziehbarkeit und Verlässlichkeit des Verhaltens aller Mitarbeiter
- Akzeptanz der Auffälligkeiten als „Störung“
- Entwicklungsförderndes Milieu
- Kooperation, Austausch und Abstimmung der Mitarbeiter untereinander („gleiche Sprache“)



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

# Zwangskontext und therapeutische Beziehung

Patientenratings der mittleren therapeutischen Beziehung unterscheiden sich zwischen den Gruppen  $F(2, 113) = 5.60$  ( $p < .01$ )



•(Höfer, Habermeyer, Mokros, Lau & Gairing, PloS one, 2015)

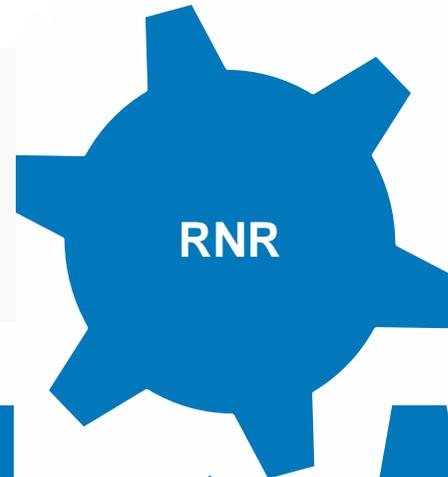
# Grundlegende Perspektiven der Behandlung



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

## • **Desistance-Forschung**

- *Ausstieg aus einer kriminellen Karriere ist nicht die Ausnahme.*
- *Es ist die Regel.*



## • **Good Lives Model (GLM)**

- *Wer ein glückliches und erfülltes Leben lebt, wird weniger häufig kriminell.*

GLM



## • **Risk-Need-Responsivity (RNR)**

- *Die Behandlung basiert auf den drei Prinzipien 'Risiko', 'Bedürfnis' und 'Ansprechbarkeit' des Täters.*



- Wissenschaftlich fundiertes Konzept und Kontrolle der Behandlungsintegrität
- Individuelle Behandlungspläne mit dynamischer Risikodiagnose
- Strukturierung der Therapie
- Tragfähige therapeutische Beziehung
- Bearbeitung pathologischer Denkmuster, Erwerb sozialer Fertigkeiten, Stärkung der Impulskontrolle
- Verhaltenserprobung und Verstärkung
- Stärkung natürlicher Schutzfaktoren, Beendigung antisozialer Kontakte
- Förderung der Compliance
- Lange oder andauernde ambulante Nachsorge

# Das Risk-Need-Responsivity Modell (Andrews & Bonta, 2007)



## ***Risk-Prinzip***

- Intensität der Behandlung sollte an Rückfallrisiko des Straftäters angepasst werden
- **WER** sollte behandelt werden?

## ***Need-Prinzip***

- Im Rahmen der Behandlung sollten kriminogene Bedürfnisse adressiert werden
- **WAS** sollte behandelt werden?

## ***Responsivity-Prinzip***

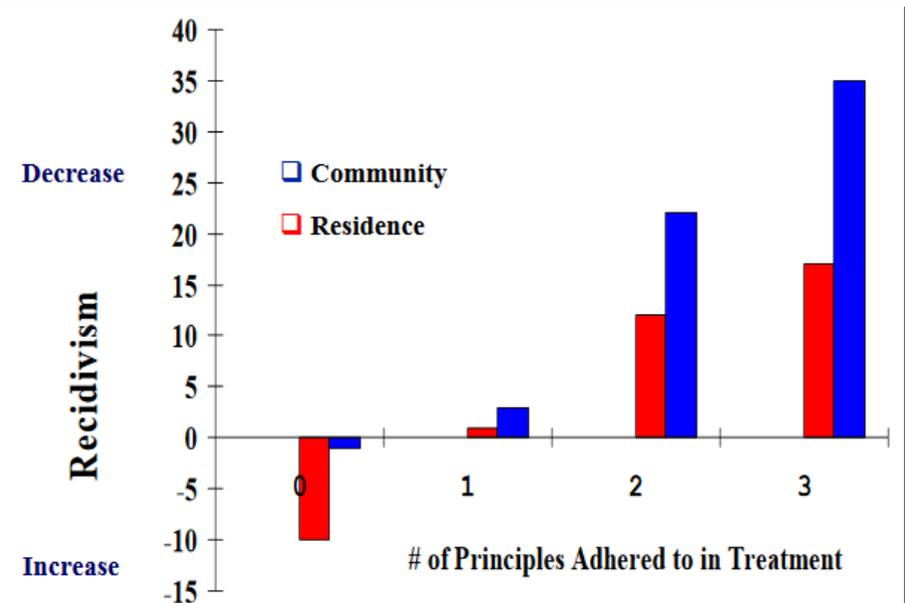
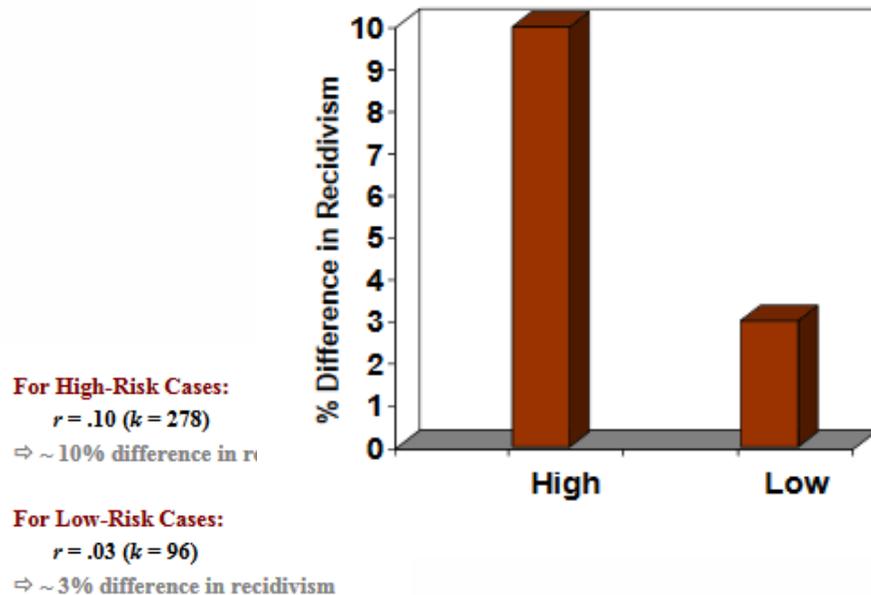
- Kognitiv-behaviorale Interventionen zeigen beste Wirkung
  - Intervention sollte hinsichtlich verschiedener Faktoren (z.B. Lernstil, Motivation, Fähigkeiten, Stärken) individuell angepasst werden
- **WIE** sollte behandelt werden?

# Das Risk-Need-Responsivity Modell (Andrews & Bonta, 2007)



Major risk/need factor	Indicators	Intervention goals
Antisocial personality pattern	Impulsive, adventurous pleasure seeking, restlessly aggressive and irritable	Build self-management skills, teach anger management
Procriminal attitudes	Rationalizations for crime, negative attitudes towards the law	Counter rationalizations with prosocial attitudes; build up a prosocial identity
Social supports for crime	Criminal friends, isolation from prosocial others	Replace procriminal friends and associates with prosocial friends and associates
Substance abuse	Abuse of alcohol and/or drugs	Reduce substance abuse, enhance alternatives to substance use
Family/marital relationships	Inappropriate parental monitoring and disciplining, poor family relationships	Teaching parenting skills, enhance warmth and caring
School/work	Poor performance, low levels of satisfactions	Enhance work/study skills, nurture interpersonal relationships within the context of work and school

# Das Risk-Need-Responsivity Modell (Andrews & Bonta, 2007)



- ⇒ Entsprechend dem *Risk*-Prinzip sollte intensive Behandlung Straftätern mit hohem Rückfallrisiko vorbehalten sein
- ⇒ Fehlende Berücksichtigung der RNR-Prinzipien kann Rückfälligkeit begünstigen
- ⇒ Je mehr RNR-Prinzipien beachtet werden, desto geringer ist Rückfallrate

# Phasen der Behandlung im Massnahmevollzug (1)



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

- Diagnostische Phase
- Motivationsphase
- Spezifische Behandlungsphase
- Rehabilitations- und Resozialisierungsphase
- Nachsorgephase



Universität  
Zürich <sup>UZH</sup>

# Phasen der Behandlung im Massnahmevollzug (2)



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

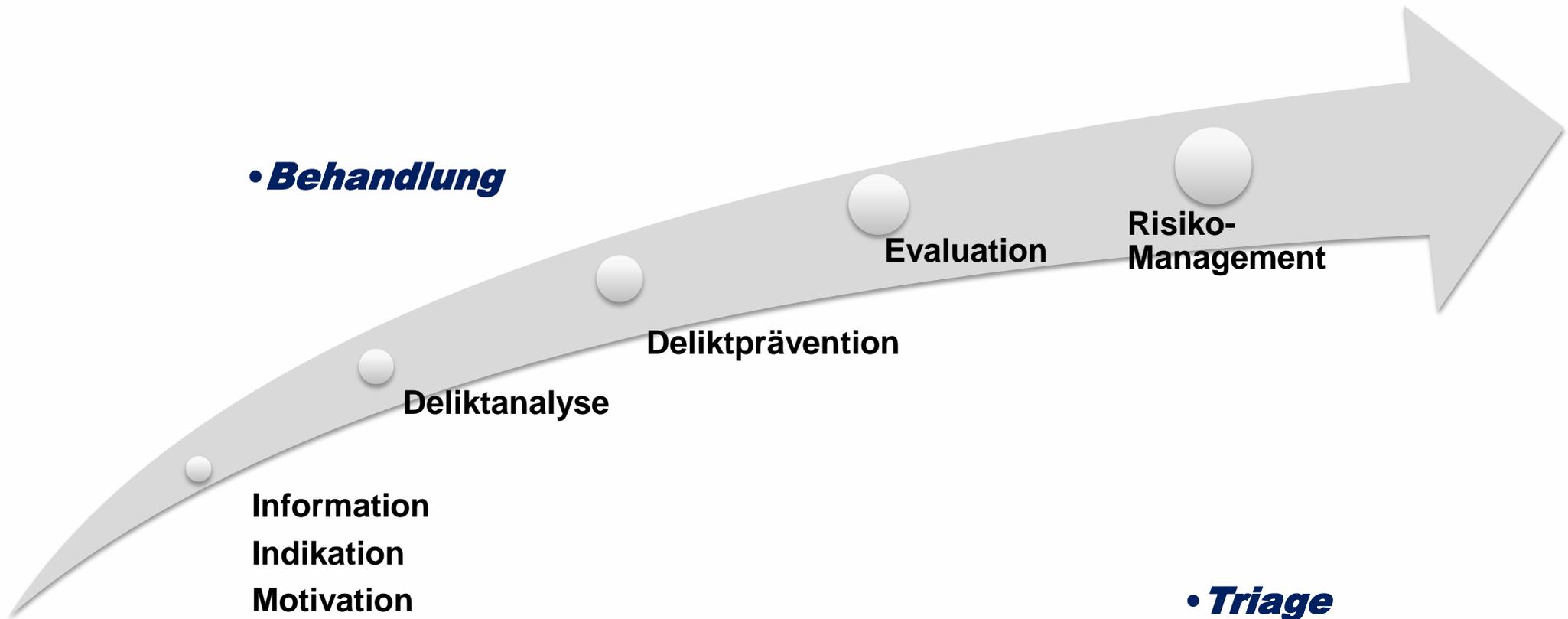
Für alle Phasen gilt:

- Ziel: Reduktion von Gefährlichkeit
- In Abhängigkeit vom Behandlungserfolg zunehmende Freiheitsgrade (Lockerungen)
- Enge Kooperation mit Behörden (im Kt Zh: Bewährungs- u. Vollzugsdienst)
- ggf. sachverständige Beurteilung des Behandlungsverlaufs

# Sequenzielle Behandlungskette



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich



- *Deliktpräventive Therapien sind pragmatisch, handlungsnah und multimodal konzeptualisiert.*
- *Es werden Behandlungssequenzen mit spezifischen Zielsetzungen, Methoden der Zielüberprüfungen und Interventionsformen (auch in der Gruppe) unterschieden.*

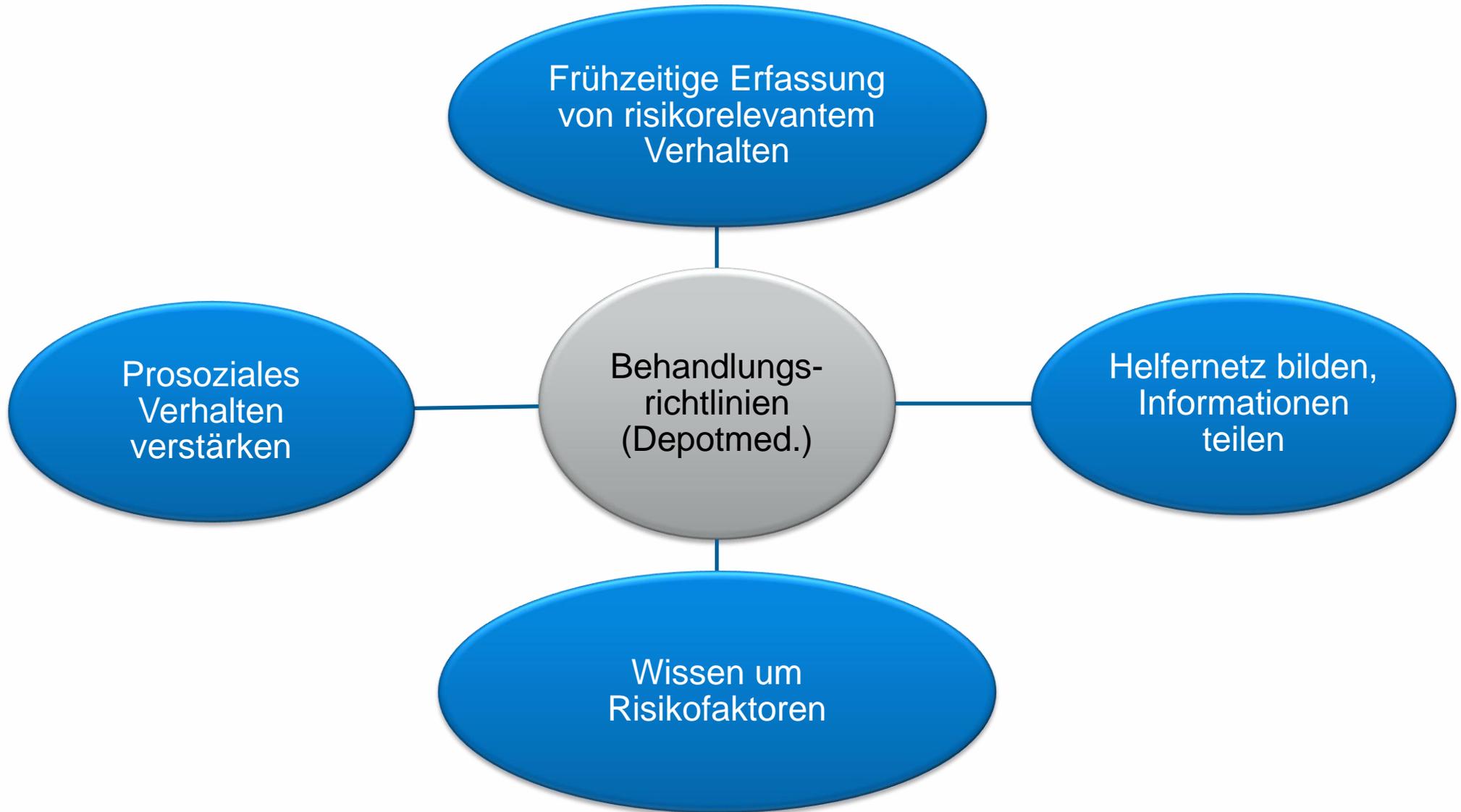




# II. Deliktpräventive Therapie



# Komplexe Behandlungserfordernisse



# Spezifische Kriminaltherapie (a)



- Verbesserung der interpersonalen Problemlösestrategien
- Förderung von Selbstkontrolle und Selbstmanagementstrategien, Abbau selbstschädigender Copingstrategien, Förderung der Suchtmittelkontrolle
- Verbesserung sozialer Fertigkeiten, Förderung der sozialen Wahrnehmung
- Förderung der Fähigkeit, zu planen und konzeptionell zu denken sowie Schwierigkeiten vorherzusehen und zu umgehen
- Erlernen kreativen Denkens, Förderung selbstkritischen Denkens, Förderung von Meta-Kognition
- Beeinflussung starrer kognitiver Muster

# Deliktpräventive Arbeit



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

- Erhöhung von Steuerungsfähigkeit
- Verminderung von Deliktmotivation

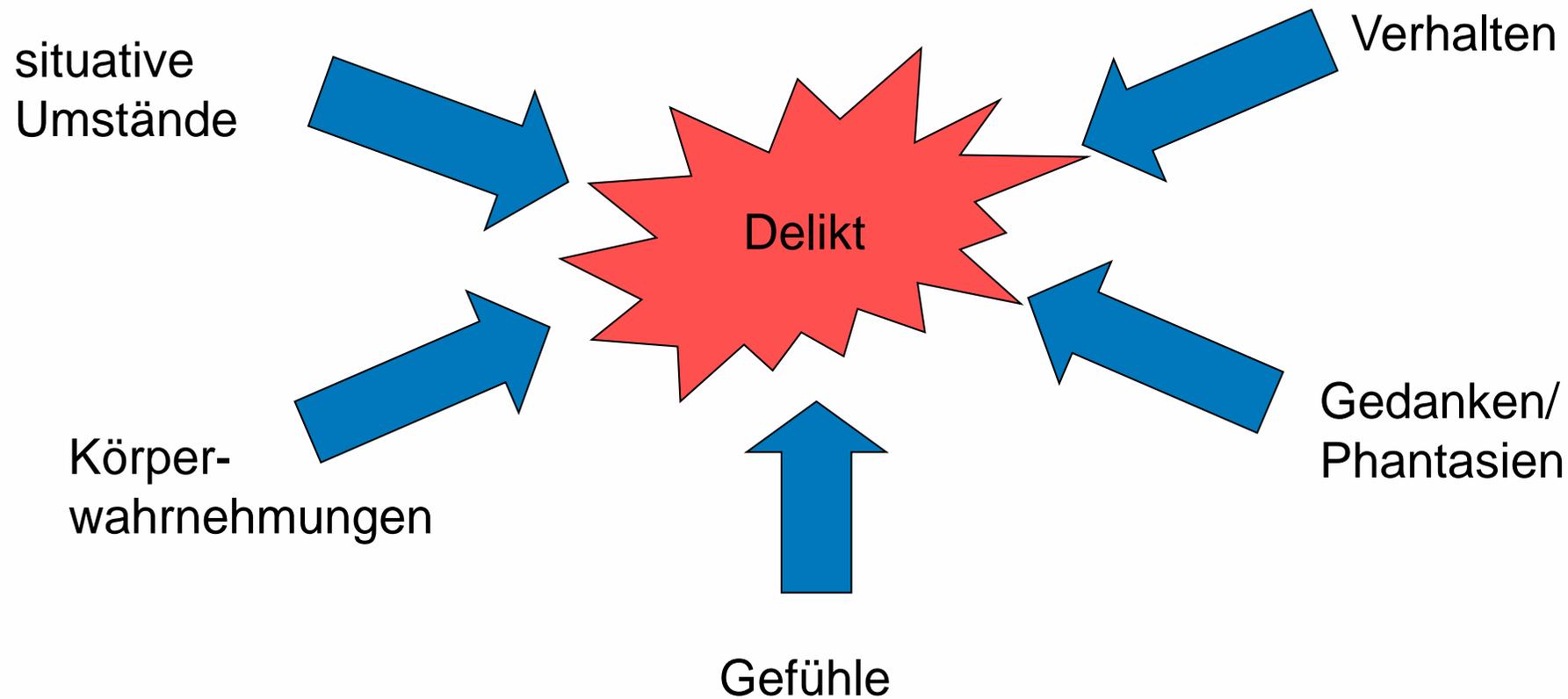
Unterschiedliche Methoden:

- Psychopharmakologisch
- Abstinenzsichernd
- Substitution
- Psychotherapeutisch
- Sozialtherapeutisch/Pädagogisch

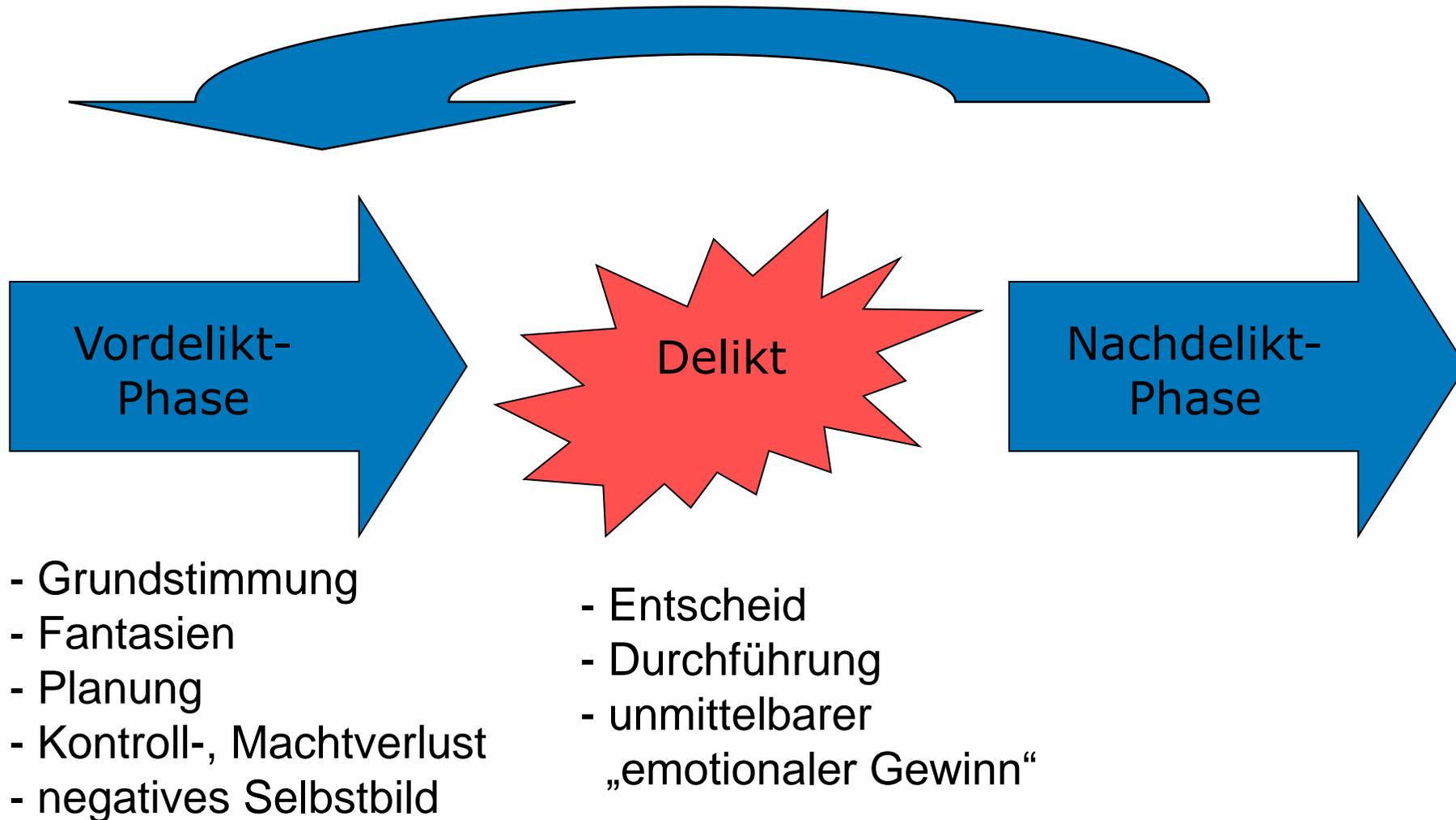
# Deliktorientierung



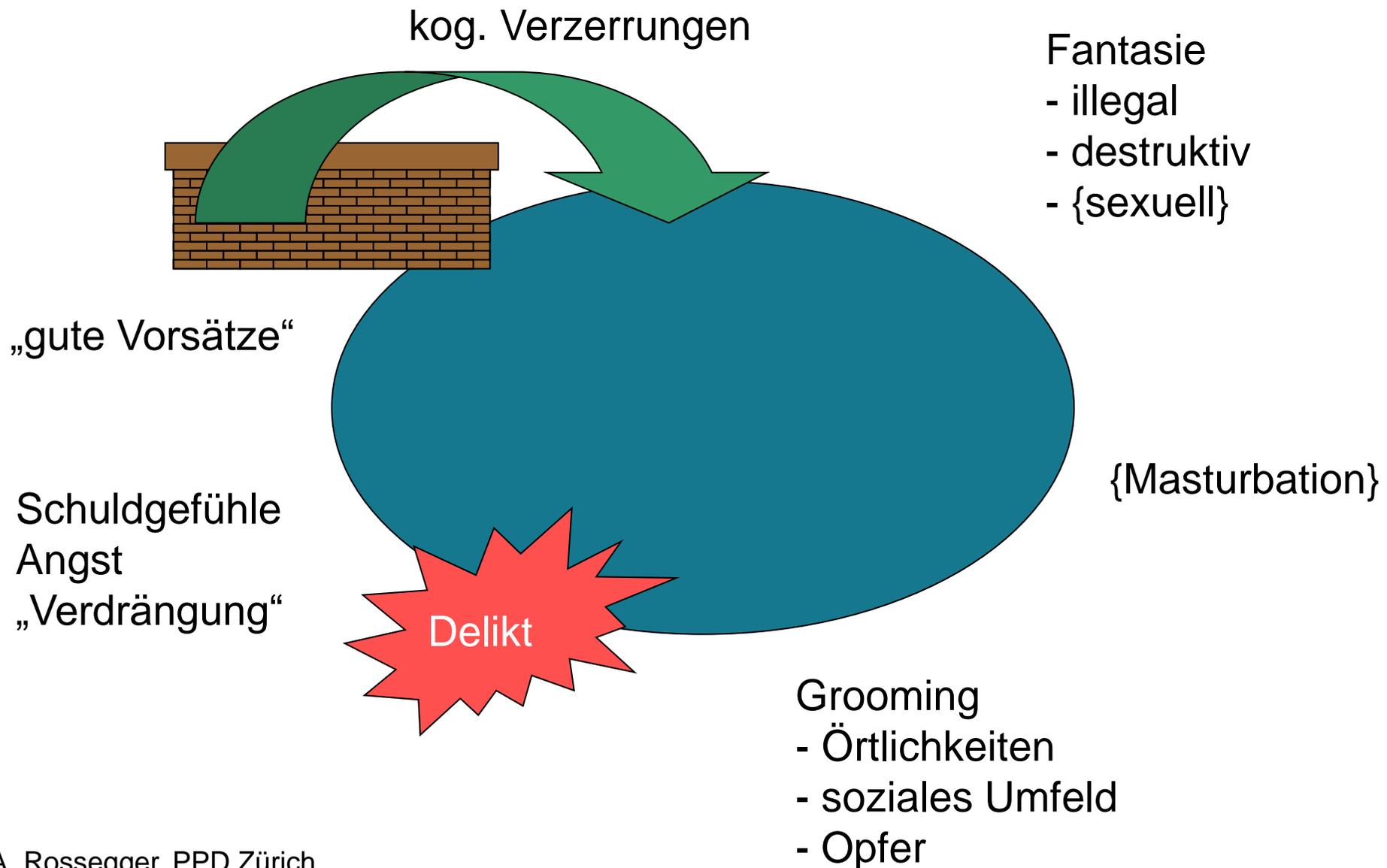
Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich



# Wie laufen Delikte ab?



# Bsp. Deliktkreis



## Diagnostik

- Individuelle Delinquenztheorie/Fallkomzept
- Kriminalprognose
  - Welche individuellen Besonderheiten („kriminogene Faktoren“) müssen im Fokus der Behandlung stehen?

## Festlegung der notwendigen Massnahmen

- Berücksichtigung des
  - Risiko-,
  - Bedürfnis- und
  - Ansprechbarkeitsprinzips

**Kontrolle der Behandlungsintegrität, Kontrolle des Behandlungserfolges,  
Prüfung der Stabilität der sichtbaren Erfolge**

- **andauerndes Risk-Monitoring und Risk-Management**



# III. Effektivität



# Rückfallraten von verurteilten/entlassenen Schweizern 2010

Indikatoren	Rückfallraten in Prozent (3 Jahre)
Total	44.7
Nach Geschlecht Männer Frauen	Nach Geschlecht 45.7 35.7
Nach Alter 18-24 Jahre 25-34 Jahre 35-44 Jahre 45 Jahre oder älter	Nach Alter 53.6 48.2 47.4 30.1
Nach Vorverurteilungen Keine Vorverurteilung Eine Vorverurteilung Zwei Vorverurteilungen oder mehr	Nach Vorverurteilungen 41.6 34.8 64.2
Nach ausgewählten Straftaten Strafgesetzbuch davon Diebstahl davon Gewaltdelikte Strassenverkehrsdelikte Handel mit Betäubungsmitteln	Nach ausgewählten Straftaten 48.5 60.8 41.6 28.9 40.7

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/04/03/01/02/01.html>

Stand des Strafregister: 21.07.16 Strafurteilsstatistik und Stravollzugsstatistik

## **Allgemeine Rückfälligkeit mit irgendeinem Delikt nach drei Jahren:**

Tötungsdelikt: < 20%

Sexualdelinquenz: 24-28%

Körperverletzung: 39-42%

Raub: ca. 50%

## **Spezifische Rückfälligkeit mit ähnlichem Delikt nach neun Jahren:**

Tötungsdelikt: < 1%

Sexualdelinquenz: 3-16% (abhängig von Art des Delikts)

Körperverletzung: 23%

Raub/Erpressung: 12%

(Jehle, Albrecht, Hohmann-Fricke & Tetal, 2016)

# Evaluation des gesamten Massregelvollzugs



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

## Metaanalyse von Fazel et al. (2016):

- 35 Studien, 12'000 forensische Patienten
- Keine Differenzierung nach Störungsbild oder Behandlungsinhalte
- Heterogene Rückfallraten: 0 - 24.5 % allgemeine Delinquenz, 0.2 – 8.4 % Gewaltdelinquenz
- Tiefere Rückfallraten im Vergleich zu psychisch kranken sowie psychisch gesunden Straftätern aus dem Gefängnis
- Hohe internationale Variation: 1.4 – 7.7-fach erhöhte Rückfälligkeit bei regulären Häftlingen im Vergleich zu forensischen Patienten

## Deutsche Zahlen von Jehle (2013):

- Allgemeine Redelinquenz bei Massnahmepatienten: 18.4 %
  - 23 % von 337 vermindert Schuldfähigen
  - 9 % von 688 Schuldunfähigen
- Rückfallquoten bei Gewaltstraftätern 53 %



Universität  
Zürich <sup>UZH</sup>

Sanktionsform	Rückfallrate	
	3-Jahre	6-Jahre
Massnahmepatienten Rheinau	4,1 %	15,1 % (11 von 73 Patienten) <sup>a</sup>
Kriseninterventionspatienten Rheinau	16,9 %	46,8 % (36 von 77 Patienten) <sup>a</sup>
Häftlinge Schweiz *	43,8 %	
Massnahmepatienten Deutschland **		13,7 %

\* Schweizer Bundesamt für Statistik, 2017

\*\* Jehle, Albrecht, Hohmann-Fricke & Tetal, 2016

<sup>a</sup> mittlere time-at-risk 5,2 Jahre

# Wirksamkeit: Legalbewährung

Rückfälle bei Massnahmepatienten ( $n = 11$ ), Stand

31.12.2017



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

Fall	Vordelikte	Rückfall	Eskalation (↑) / Deeskalation (↓)
1	Raub	Übertretung gegen das Betäubungsmittelgesetz	↓
2	Vergehen gegen das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel	Diebstahl	↑
3	Brandstiftung (Mehrfache Begehung)	Hausfriedensbruch	↓
4	Schwere Körperverletzung	Sachbeschädigung	↓
5	Freiheitsberaubung	Sachbeschädigung	↓
6	Nötigung (Mehrfache Begehung)	Führen eines Motorfahrzeugs ohne erforderlichen Führerausweis	↓
7	Schwere Körperverletzung	Sachbeschädigung	↓
8	Gewerbsmässiger Diebstahl	Diebstahl	↓
9	Hausfriedensbruch	Hausfriedensbruch	↔
10	Raub	Nichtabgabe von Ausweisen und / oder Kontrollschildern	↓
11	Einfache Körperverletzung	Gefährdung des Lebens	 zurich ↑

## Durchschnittliche Behandlungsdauer (in Tagen)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mittelwert (in Tagen)	896	898	842	779	671	670	667	724	670
Median (in Tagen)	613	529	530	433	336	396	512	483	502
Fälle/Jahr	125	128	129	127	139	133	132	131	127

### Rechnung anhand des Medians:

- Fallkosten pro Patient sinken von CHF 613'000 auf CHF 502'000  
→ca. CHF 110'000 weniger
- Bei 92 Patienten ist das ein Sparpotential von ca. CHF 10 Millionen
- ambulante Versorgung von ca. 100 Pat. kostet ca. CHF 2 Millionen/Jahr



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

**Danke für  
Ihre  
Aufmerksamkeit**

[elmar.habermeyer@puk.zh.ch](mailto:elmar.habermeyer@puk.zh.ch)



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>