



Kanton Zürich
Direktion der Justiz und des Innern
Amt für Justizvollzug
Psychiatrisch-Psychologischer Dienst

Feldstrasse 42
Postfach
8090 Zürich
Telefon 043 / 259 81 41
Telefax 043 / 259 84 51
info-ppd@ji.zh.ch

Prof. Dr. med. Frank Urbaniok
Direktwahl +41 43 259 81 41
Direktfax +41 43 259 84 51
frank.urbaniok@ji.zh.ch

Prävention und Opferschutz: Wirksamkeit und Kosteneffizienz spezifisch deliktpräventiver Therapieangebote zur Verhinderung von Gewalt- und Sexualstraftaten

1 Einleitung

Sicherheit ist ein hohes gesellschaftliches Gut. Der Staat hat die Verpflichtung dafür zu sorgen, dass seine Bürger in Sicherheit leben können. Von besonderer Wichtigkeit ist dabei die Prävention von Gewalt- und Sexualstraftaten.

Es sind vor allem zwei Dienstleistungen der Forensischen Psychiatrie/Psychologie, die zu diesem wichtigen Ziel einen substantziellen Beitrag leisten können:

1. Risikokalkulationen
2. Präventive Therapieinterventionen

Die genaue Risikokalkulation im Einzelfall ist die Basis jeder Prävention. Man muss das Risiko einer Person genau kennen, um zu wissen, welche Massnahmen im Einzelfall angemessen sind, auf dieses Risiko zu reagieren. Hier gibt es ein breites Spektrum möglicher Interventionen. Ist das Risiko vernachlässigbar klein, dann muss gar nichts getan werden. Besteht ein geringer Interventionsbedarf, dann reicht möglicherweise ein Rayonverbot, die Kontrolle eines Suchtmittelkonsums oder die Wegnahme von Waffen. Spezifischer sind dann niederfrequente Therapiemassnahmen oder aber bei einem hohen Therapiebedarf intensive, mehrjährige Therapien. Es gibt allerdings auch unbehandelbare, hochgefährliche Straftäter. Bei diesen Tätern geht es nicht um Therapie, sondern – sofern die rechtlichen Grundlagen gegeben sind – darum, die Gesellschaft dadurch zu schützen, dass diese Täter lebenslang gesichert werden. Dies betrifft naturgemäss immer nur eine sehr kleine Gruppe von Straftätern. Es ist aber wichtig, diese genau und frühzeitig zu erkennen, weil von ihnen eine Vielzahl sehr gravierender Straftaten ausgeht.

Die heute vorwiegend zum Einsatz kommenden Therapieverfahren sind nicht primär auf die Heilung einer psychiatrischen Erkrankung ausgerichtet. Vielmehr geht es darum, die risikorelevanten Eigenschaften einer Person – die durch die genaue Risikokalkulation erkannt werden – gezielt anzugehen. Man spricht hier von so genannten deliktorientierten Therapieinterventionen. Das bedeutet, dass das Delikt und das Deliktverhalten ganz im Zentrum der entsprechenden therapeutischen Techniken stehen. Vielfach handelt es sich darum, Kompensationsstrategien zu entwickeln. Das ist vergleichbar mit einem Alkoholiker, der zwar Alkoholiker bleibt, aber Techniken lernt, langfristig abstinenz zu leben. Entsprechend sind diese deliktorientierten Therapien vergleichbar mit langfristigen Risikomanagement-Prozessen.

Das Risiko kann mit den modernen Therapiemethoden zwar entscheidend gesenkt werden, es beträgt aber nicht Null. Dabei ist zu bedenken, dass 99% der Straftäter ohnehin irgendwann entlassen werden, weil sie endliche Freiheitsstrafen verbüssen. Daher gibt es gar keine Alternative dazu, den Grossteil der behandelbaren Gewalt- und Sexualstraftäter zu therapieren. Weil letztlich ist für 99% der Straftäter nicht die Frage, ob sie therapiert oder weggesperrt werden. Für 99% der Straftäter ist die praktische Frage: Lebt in der Nachbarschaft ein therapiertes oder untherapiertes Gewalt- oder Sexualstraftäter?

Betrachtet man sich die Erfolgsquoten von deliktorientierten Therapieprogrammen genauer, dann erhält diese Frage eine besondere Brisanz, denn gemäss Untersuchungen der Forschungsgruppe um Bill Marshall beträgt die Erfolgsquote bis zu 80%. Sie ist damit mit

den Erfolgsquoten der wirksamsten Therapien in der somatischen Medizin (Herz-Kreislauf Krankheiten, Brustkrebs etc.) vergleichbar (Marshall, Marshall, Serran & Fernandez, 2006). Aber selbst wenn man die in Metauntersuchungen ausgewiesenen, geringeren durchschnittlichen Reduktionsraten in Höhe von ca. 30 – 40% zugrunde legt, heisst das konkret: 30 – 40% weniger Opfer.

2 Populäre Kontroversen als Hindernis für einen effektiven Opferschutz

Ungeachtet der erwiesenen Effizienz von forensisch-psychiatrischen Therapieprogrammen kann vielerorts keineswegs von einer flächendeckenden Verfügbarkeit professioneller deliktpräventiver Therapieangebote gesprochen werden. Im Gegenteil zeigen sich hier insbesondere in Deutschland gravierende Defizite, die sowohl in den gesetzlichen Rahmenbedingungen, als auch in der Praxis des Justizvollzugs sowie in fehlenden ambulanten, extramuralen Versorgungsstrukturen zum Ausdruck kommen. Gegen die konsequente Etablierung des Präventionsgedankens im Rechtssystem und Justizvollzug und eine damit einhergehende nachhaltige Etablierung von Ressourcen für professionelle Risikobeurteilungen und deliktpräventive Therapien werden vor allem drei Argumente ins Feld geführt:

1. Die Gefährlichkeit von Straftätern ist nicht zuverlässig einzuschätzen.
2. Die deliktpräventive Wirksamkeit von Therapien mit Straftätern ist nicht belegt.
3. Die Schaffung von Therapieplätzen ist zu teuer und deswegen nicht finanzierbar.

Alle drei Argumente spielen in der öffentlichen und politischen Diskussion eine grosse Rolle und stellen für die Praxis ein gravierendes Hindernis für einen konsequenten Opferschutz dar.

Vor diesem Hintergrund soll nachfolgend zu allen drei Aspekten aus wissenschaftlicher Sicht Stellung genommen werden.

2.1 Risikokalkulationen

Lege artis durchgeführte Risikobeurteilungen erreichen mittlerweile eine hohe Zuverlässigkeit. Es handelt sich allerdings um sehr aufwändige Arbeiten, die spezialisiertes Know-how erfordern. Es gibt zahlreiche Studien, in denen die Möglichkeiten – professionell durchgeführter – Risikoprognosen belegt wurden. Da der Schwerpunkt der vorliegenden Abhandlung auf der Auseinandersetzung mit therapiebezogenen Argumenten liegt, wird nachfolgend nur auf eine eigene Studie zu Hoch-Risiko-Tätern hingewiesen.

In der Schweiz gab es vor dem Jahr 2007 keine Möglichkeit zur nachträglichen Sicherungsverwahrung. In dieser Zeit mussten auch Täter, die mit den in Zürich praktizierten Risikobeurteilungsmethoden im Vollzug als hochgefährlich und nicht therapierbar eingeschätzt wurden, bei Ablauf einer endlichen Freiheitsstrafe entlassen werden. In den Jahren von 1997 bis zum Jahre 2002 handelte es sich um acht Personen, die entsprechend klassifiziert wurden. In einer Studie wurde untersucht, was mit diesen Tätern nach Entlassung passierte. Alle Täter (100 %) wurden rückfällig. Die acht

Hochrisikotäter begingen Straftaten, bei denen insgesamt 24 Personen Opfer schwerer Gewalt- und Sexualdelikte wurden. Ergänzend sei angefügt, dass ein Fall aus einem anderen Kanton, der sich in der Zürcher Strafanstalt aufhielt, ebenfalls als ein hochgefährlicher, untherapierbarer Straftäter eingeschätzt wurde. Dieser Fall ist deswegen dokumentiert, weil auf ihn – neben den später in der Studie wissenschaftlich erfassten Fällen – im Rahmen eines Expertenhearings von einem der Autoren dieser Stellungnahme hingewiesen wurde. Auch dieser Täter wurde rückfällig. Er ermordete eine junge Frau in seinem Heimatkanton.

Es sei an dieser Stelle bemerkt, dass die hier kurz zitierte Studie u. a. massgeblichen Einfluss darauf hatte, dass in der Schweiz am 01.01.2007 ein Gesetz zur nachträglichen Sicherungsverwahrung in Kraft trat (rechtlich anders konstruiert als in Deutschland).

2.2 Therapie

In den 70-iger Jahren wurde kontrovers diskutiert, ob sich durch Therapien Rückfallraten von Straftätern überhaupt senken lassen. Häufig zitiert wurde das populär gewordene Resümee von Martinson: „Nothing works“. Mehr als 30 Jahre später hat sich mehrheitlich die Meinung durchgesetzt, dass durch geeignete Psychotherapien Rückfallquoten von Straftätern verringert werden können. Zwar wirft die Heterogenität der vorliegenden Daten grosse methodische Probleme auf. So ist z.B. zu berücksichtigen, dass sich Straftäter hinsichtlich ihrer jeweiligen Risikodispositionen und ihrer Beeinflussbarkeit unterscheiden. Das erschwert die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Behandlungsprogramme und macht zudem deutlich, dass differenzierte Vorgehensweisen gewählt werden müssen.

Im Hinblick auf die Wirksamkeit risikosenkender Therapien bei Straftätern ist deshalb zunächst auf zwei Dinge hinzuweisen. Zum einen gibt es – die bereits erwähnte – kleine Gruppe hochgefährlicher nicht-therapierbarer Gewalt- und Sexualstraftäter. Bei dieser Gruppe geht es nicht um Therapie, sondern darum, sie möglichst frühzeitig zu identifizieren und durch andere, sichernde Massnahmen den Schutz der Bevölkerung zu gewährleisten. Zum anderen präsentiert sich die aktuelle Studienlage so, dass nicht jede Art von Therapie wirksam ist. Vielmehr können gute Ergebnisse nur mit spezialisierten Therapieverfahren erzielt werden, die durch speziell qualifizierte Therapeuten durchgeführt werden.

So erwiesen sich in verschiedenen Metaanalysen die Therapien in ihrer Wirksamkeit überlegen, die durch eine Orientierung auf Verhaltensaspekte vor einem klaren konzeptionellen und strukturellen Hintergrund gekennzeichnet waren.

Der häufig in der Literatur replizierte Befund der überlegenen Wirksamkeit kognitiver und verhaltensmodifizierender Programme kann allerdings auch so interpretiert werden, dass viele tiefenpsychologische Behandler nicht über die spezifischen in der Tätertherapie anzuwendenden Behandlungstechniken verfügten. Demgegenüber müssen die verhaltensorientierten Programme aufgrund ihrer Deliktorientierung notwendigerweise immer zumindest einen gewissen Spezialisierungsgrad aufweisen. So spricht viel für die Annahme, dass der entscheidende Wirkfaktor in der Anwendung spezialisierter deliktfokussierter und klar konzeptionalisierter Therapietechniken liegt, was nicht primär an ein bestimmtes Schulenkonzentrat gebunden sein muss. So kann deliktorientiertes Arbeiten im weitesten Sinne heute als ‚state of the art‘ der forensischen Psychotherapie, unabhängig von der ‚Schulidentität‘ bezeichnet werden (Urbanik & Stürm, 2006).

Die spezifisch deliktorientierten Techniken zielen in ihrer theoretischen Ausrichtung vor allem auf zwei Bereiche: Erstens, Erhöhung der Steuerungsfähigkeit und zweitens, Verminderung der Deliktmotivation. Unter deliktorientierten Behandlungselementen lassen sich beispielsweise die nachfolgenden Punkte nennen: Aufdeckung fördern (z.B. Dunkelziffer), Deliktrekonstruktion, Aufhebung kognitiver Verzerrungen, Schaffung von "Delikt-Know-how", Erklärungskontext für die Tat finden und bearbeiten, Tatzyklus erarbeiten, affektive Kompetenz steigern, Nachfühlen des Opfererlebens ermöglichen, Risikoentwicklungen frühzeitig erkennen, Fantasiearbeit, Kontrolle und Steuerung erhöhen.

Jedes der genannten Elemente kann in einem breiten Spektrum spezieller Interventionstechniken in einer Therapie eingesetzt werden. Es bedarf eingehender Schulung, um das Repertoire deliktorientierter Vorgehensweisen anwenden zu können. Zudem weist die forensische Psychotherapie hinsichtlich interdisziplinärer Schnittstellen, juristischer und struktureller Rahmenbedingungen, sowie der Dokumentations- und Berichtserfordernisse eine Vielzahl von Besonderheiten auf. Moderne forensische Therapien sind ferner nicht primär an diagnostischen Aspekten ausgerichtet. Die Basis dieser Therapien bilden vielmehr differenzierte Risikoeinschätzungen. Das Risiko und die daraus abzuleitenden Interventionserfordernisse sind wesentlich für Art und Setting einer Behandlung. Diese Therapien entsprechen daher vor allem bei deutlich rückfallgefährdeten Gewalt- und Sexualstraftätern langfristigen Risikomanagement-Prozessen, statt dass sie die auf eine Heilung ausgerichtete Behandlung einer Störung darstellen. Vor dem dargestellten Hintergrund wird deutlich, dass es sich bei der forensischen Psychotherapie um eine eigenständige Spezialdisziplin handelt.

Erfolgreiche Therapieprogramme tragen den hier dargelegten Prinzipien Rechnung. Die Ergebnisse zahlreicher Therapieevaluationsstudien sprechen mittlerweile dafür, dass solche Therapien grundsätzlich wirksam sind. Allerdings ist für eine differenzierte Bewertung eine genaue Betrachtung der derzeitigen Studienlage notwendig.

2.2.1 Therapieevaluations

Bei der Evaluation von Straftäter-Therapien existieren viele methodische Schwierigkeiten. Diese sind in den meisten wissenschaftlichen Untersuchungen bislang noch unzureichend berücksichtigt. Deshalb müssen die Ergebnisse vieler Studien mit Vorsicht betrachtet werden. Insbesondere liegen zu verschiedenen Detailfragen, die durchaus von grossem praktischem Interesse sind, noch keine oder unzureichende Studienergebnisse vor (z. B. differenzielle Wirksamkeitsangaben in Abhängigkeit von unterschiedlichen Tätercharakteristika, spezifischer Therapieformen und –intensitäten, Wirksamkeit im Hinblick auf unterschiedliche Zieldelikte oder exakte Angaben der absoluten Rückfallzahlen etc.). Zu beklagen ist auch, dass aus insbesondere aus dem deutschsprachigen Raum aussagekräftige Therapieevaluationsstudien weitgehend fehlen (Endrass, Rossegger, Noll & Urbaniok, 2008).

Neben diesen Limitationen sind die genauen Ergebnisse verschiedener Studien noch stark vom jeweiligen methodischen Design beeinflusst. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der häufig ins Feld geführten Metaanalysen sehr vorsichtig interpretiert werden müssen (Endrass et al., 2008). Der aktuelle Forschungsstand zur Evaluation von Straftäter-Therapien ist demnach im Hinblick auf die Beantwortung verschiedener

Detailfragen noch weitgehend unbefriedigend. Hier bedarf es eindeutig einer Intensivierung entsprechender wissenschaftlicher Studien.

Die grundsätzliche Frage, ob es möglich ist, durch gezielte Therapien für Straftäter Rückfallquoten zu senken, kann wie eingangs dargelegt, angesichts des heutigen Forschungsstandes aber klar beantwortet werden. Zunächst einmal liegt es auch unabhängig von Studien auf der Hand, dass sich an den problematischen Persönlichkeitsmerkmalen eines Täters allein durch die Tatsache einer Inhaftierung nichts ändert. So ist es plausibel, dass Täter, die sich nicht gezielt mit ihrem Tatverhalten auseinandersetzen, ein höheres Rückfallrisiko haben als Täter, die ihre risikorelevanten Probleme intensiv bearbeiten.

So überrascht es nicht, dass die überwiegende Mehrheit aller Evaluationsstudien einen eindeutigen Trend zeigt. Therapierte Täter haben eine geringere Rückfallquote als nicht therapierte Täter. Wie einleitend erwähnt gelang es kanadischen Forschern einen sehr deutlichen Beleg für die Effizienz von deliktpräventiven Therapieprogrammen zu liefern (Marshall, Marshall, Serran & Fernandez, 2006). Umfangreiche Metaanalysen, die, methodisch bedingt, geringere Effektgrößen dokumentieren, konnten eine Senkung der Rückfallrate um 27% (Hanson et al., 2002) bzw. 37% (Lösel & Schmucker, 2005) nachweisen.

Zusammenfassend können angesichts der Studienlage als Zwischenstand der bisherigen Therapieevaluationsforschung folgende generelle Aussagen als gesichert gelten:

1. Durch spezifische Therapien lassen sich Rückfallraten von Gewalt- und Sexualstraftätern senken.
2. Welche Therapiekonzepte Anwendung finden, hat grossen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse. Nicht jede Therapieform ist wirksam, sondern spezialisierte „state of the art“ Therapieangebote haben die besten Erfolgchancen.
3. Insbesondere im deutschsprachigen Raum sollten vermehrt qualitativ gute Therapieevaluationsstudien durchgeführt werden, um verschiedene offene und praxisrelevante Detailfragen beantworten zu können.

2.3 Zur Frage der Kosteneffizienz

Auch wenn diese Frage für die politischen Diskussionen durchaus von hoher Relevanz ist, sei einleitend dennoch festgehalten, dass Gewalt- und Sexualstraftaten für die jeweiligen Opfer häufig mit dramatischen Folgen und ausserordentlich grossem Leid verbunden sind. Es darf daher durchaus die Frage gestellt werden, welchen Stellenwert Kostenüberlegungen haben sollen oder dürfen, wenn es um die Verhinderung solch gravierender körperlicher und seelischer Schädigungen geht.

2.3.1 Kosten-Nutzen-Analyse für Tätertherapien

Der Nutzen von Tätertherapien setzt sich in der Regel aus einer Schätzung der vermiedenen Kosten pro Rückfall auf der Täter- und auf der Opferseite zusammen, wobei die Opferkosten je nach Modell materielle oder auch immaterielle Kosten beinhalten können. Diesen erwarteten Kosten werden die geschätzten Aufwendungen für therapeutische Interventionen gegenübergestellt.

Donato, Shanahan und Higgins (1999) verfassten eine Studie, die zum Ziel hatte, die Effizienz von Sexualstraftäterprogrammen in Australien zu evaluieren. Sie schätzen, dass pro Fall von sexuellem Kindsmisbrauch, insgesamt Kosten von 157'290 AUS \$ anfallen, wobei in dieser Schätzung lediglich materielle Kosten auf der Opferseite mit einbezogen wurden. Sie gingen weiter davon aus, dass die immateriellen Kosten, wie psychische und physische Langzeitschäden zehnmal höher als die materiellen Kosten zu beziffern sind. Unter Berücksichtigung der immateriellen Kosten fallen 356'190 \$ pro Rückfall an. Die materiellen Aufwendungen auf der Täterseite berechneten die Autoren auf der Basis der durchschnittlichen Strafhöhe von 189 Monaten Gefängnis für Sexualstraftäter in Australien (Donato et al. 1999).

Demgegenüber schätzten die Autoren, dass ein intensives vollzugsbegleitendes Sexualstraftäter-Programm 1998 Kosten von 10'000 AUS \$ pro Straftäter verursachte. Bei einer angenommenen lediglich 14% Reduktion der Rückfallrate bei behandelten Straftätern errechnen Donato et al. (1999) somit eine geschätzte Kostenersparnis von 39'870 \$ pro behandeltem Straftäter.

Eine Studie aus den USA berichtet über noch deutlichere Möglichkeiten der Kostenersparnis bei jugendlichen Gewaltstraftätern durch die Implementierung von therapeutischen Programmen (Klietz, 2007). Der Katamnese-Zeitraum der Studie betrug 13.7 Jahre. Sie errechneten eine absolute Kostenersparnis von 93'805 US\$ pro behandeltem Straftäter (40'671 \$ auf Täterseite, 53'134 \$ materielle Kosteneinsparnis auf Opferseite) bzw. eine relative Ersparnis, die das 6 bis 27-fache betrug. Dieses Ergebnis konnte von Aos, Phipps, Barnoski und Lieb (2001) insofern repliziert werden, als dass gemäss ihrer Studie, für jeden Dollar, der in eine Tätertherapie investiert werde, 7.55 US\$ Steuergelder eingespart werden können.

Becker und Hunter (1992) formulierten es für Missbrauchstäter so: "Die Zahlen belegen nicht nur, dass sich die Behandlung positiv auf die Rückfallquote der Männer, die Kinder missbrauchen, auswirkt, sondern auch, dass sie kostengünstig ist" (Becker, J.V. & Hunter, J.A., 1992).

3 Das Präventionsprinzip im Zürcher PPD Modell

Im Kanton Zürich wird seit vielen Jahren der Versuch unternommen, den gesamten Bereich des Justizvollzugs möglichst konsequent auf das Ziel der Deliktprävention auszurichten. Dies hat verschiedene juristische, konzeptionelle und infrastrukturelle Implikationen und ist das Ergebnis einer klaren, strategischen. Prioritätensetzung.

U.a. ist mit dem PPD (Psychiatrisch-Psychologischer Dienst des Justizvollzugs) ein forensisches Organisations-Modell entstanden, durch das professionelle Risikoeinschätzungen und ein breites deliktpräventives Therapieangebot für Täter bereit gestellt werden. Als Fachzentrum ist der PPD Teil der Justiz und innerhalb der Justiz mit Verantwortung und Entscheidungskompetenz ausgestattet. Diese strukturellen Rahmenbedingungen implizieren konsequent auf Deliktprävention ausgerichtete Paradigmen und begünstigen die möglichst flächendeckende Implementierung therapeutischer Programme. Wie wichtig dies zusammen mit der Verfügbarkeit professioneller Risikokalkulationen in der Praxis ist, zeigt die Tatsache, dass mehr als 99% aller inhaftierten Straftäter irgendwann wieder entlassen werden.

Das Zürcher Modell ist kein Stein der Weisen. Aber es konnten verschiedene, der Prävention dienende Akzente gesetzt werden, u.a.

1. weitgehende Verfügbarkeit professioneller Risikobeurteilungen im Strafvollzug, aber auch bei Entlassungen aus der Untersuchungshaft bzw. bei besonderen Gefährdungssituationen von Personen in Freiheit
2. Platzierung von Tätern aufgrund ihres Risikos und nicht aufgrund vorhandener oder nicht vorhandener Schuldfähigkeit
3. flächendeckende Implementierung deliktpräventiver Therapieangebote im Strafvollzug
4. gross angelegte wissenschaftliche Untersuchungen zu kriminologischen und persönlichkeitsbezogenen Merkmalen bei Gewalt- und Sexualstraftätern sowie fortlaufende Evaluation der durchgeführten Therapien
5. Risikobeurteilung von Gewalt- und Sexualstraftätern zum Zeitpunkt der Verurteilung als anzustrebender Standard
6. weitergehende Möglichkeiten der (auch nachträglichen) Verwahrung bei hochgefährlichen Tätern, wenn sich keine ausreichende Risikoreduzierung erzielen lässt
7. langfristige, durchgehende Nachbetreuung entlassener Straftäter im Sinne eines langfristigen Risikomanagementprozesses

Die Therapien des PPD werden in einer fortlaufenden Longitudinalstudie evaluiert. Da aufgrund der Zürcher Forensik Studie viele Informationen über die Gewalt- und Sexualstraftäter des Kantons Zürich vorliegen, existiert eine Kontrollgruppe.

Bislang wurden zu drei Zeitpunkten die Rückfallraten erhoben und mit der Kontrollgruppe verglichen (2007, 2009 und 2010). Zu allen Untersuchungszeitpunkten zeigte sich, dass – in Übereinstimmung mit der Mehrzahl internationaler Studien – die durch den PPD

behandelten Täter niedrigere Rückfallraten aufwiesen, als die nicht therapierten Straftäter. Damit ergibt sich nun über einen mehrjährigen Zeitraum ein eindeutiger und robuster Trend.

3.1 Therapie-Evaluations-Studie des PPD

Aus methodischen Gründen lässt sich die Basisrate der Rückfälligkeit in Straftäterpopulationen retrospektiv besser ermitteln als durch prospektive Untersuchungen. Der Vorteil des retrospektiven Designs besteht darin, dass rückwirkend Vorstrafen mit höherer Zuverlässigkeit erfasst werden können als prospektiv Rückfälle anhand von Strafregister-Auszügen. Hintergrund ist, dass ein erheblicher Teil von Wiederverurteilungen beim prospektiven Design nicht erkannt werden, weil gerade bei langen Beobachtungszeiträumen ein „Schwund“ eintritt (Todesfälle, Löschungen von Einträgen, Alias-Namen, Verlegung des Wohnortes ins Ausland, Erfassungs- und Übertragungsfehler etc.).

Es ist anzunehmen, dass die Zusammensetzung von Erst- und Rückfalltätern der Gewalt- und Sexualstraftäter des Kantons Zürich über längere Zeiträume stabil ist. Änderungen dieser Quote wären nur dann zu erwarten, wenn es relevante qualitative Änderungen in der Population der Gewalt- und Sexualstraftäter im Kanton Zürich geben sollte. Das wäre dann z.B. an einer Verschiebung sozio-demografischer Variablen (z.B. Nationalität, Alter) zu erkennen. Solange diese Variablen aber stabil bleiben, sollte das jeweilige bei Stichtagsuntersuchungen im Querschnitt ermittelte Verhältnis aber gleich bleiben und würde somit genau der Basisrate für einschlägige Rückfalldelikte entsprechen. Diese ist wie erwähnt aufgrund methodischer Implikationen mit retrospektiven Stichtagserhebungen erheblich valider zu ermitteln als mit irgendeinem prospektiven Design, das notwendigerweise immer zu einer erheblichen Unterschätzung der Basisrate führt.

Aufgrund der breit angelegten Zürcher Forensik-Studie ist die Basisrate der Gewalt- und Sexualstraftäter im Kanton Zürich bekannt. Sie entspricht der Quote für einschlägige Vorstrafen bei der Stichtagerhebung sämtlicher Gewalt- und Sexualstraftäter im Kanton Zürich im August 2000 (Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F 2007).

Die Basisrate beträgt demnach 34% und ist die durchschnittliche Quote einschlägiger Vorstrafen aller Gewalt- und Sexualstraftäter des Kantons Zürich, wie sie gemäss den Eingangskriterien der Zürcher Forensik Studie erfasst wurden.

Die aktuelle Rückfallquote der in der Kontrollgruppe erfassten Gewalt- und Sexualstraftäter beträgt für erhebliche Gewalt- und Sexualdelikte (Strafe/Strafmass 10 Monate oder mehr) 8%. Die durch den PPD behandelten Gewalt- und Sexualstraftäter weisen für den gleichen Zeitraum eine Rückfallrate von 3% auf. Berücksichtigt man die durchschnittliche Basisrate, dann wären für beide Gruppen langfristig einschlägige Rückfallraten in der Grössenordnung von 34% zu erwarten. Somit ergeben sich folgende Zahlen:

	Rückfallrate	Basisrate	Anteil der Basisrate
Kontrollgruppe	8%	34%	24%
Behandlungsgruppe	3%	34%	9%

Solange man bei beiden Gruppen gleichermaßen die durchschnittliche Basisrate als Erwartungswert zugrunde legt, gibt es keinen Unterschied zwischen den aktuell nominalen Rückfallraten (3% vs. 8%) und dem Vergleich unter Berücksichtigung der Basisraten (9% vs. 24%). In beiden Fällen ergibt sich für die Behandlungsgruppe derzeit gegenüber der Kontrollgruppe eine Reduktion der Rückfallrate um -63%.

3.1.1 Gewichtete Basisrate

Dieser sehr deutliche Unterschied ist umso bemerkenswerter, als berücksichtigt werden muss, dass es sich bei den im PPD behandelten Gewalt- und Sexualstraftätern um diejenigen mit den deutlich höheren Rückfallrisiken handelt. Dies ergibt sich allein schon durch die Tatsache, dass der PPD auf die Behandlung hoch rückfallgefährdeter Gewalt – und Sexualstraftäter spezialisiert ist. Zudem behandelt der PPD viele Täter, bei denen das Gericht eine therapeutische Massnahme angeordnet hat. In der Schweiz werden therapeutische Massnahmen unabhängig von der Frage der Schuldfähigkeit angeordnet. Zwingende Voraussetzung für die Anordnung einer solchen Massnahme ist eine erhebliche Rückfallgefährdung, der nach Einschätzung des Gerichtes durch eine Strafe alleine nicht begegnet werden kann. Dass durch den PPD vor diesem Hintergrund verglichen mit der Kontrollgruppe Täter mit höheren Rückfallrisiken behandelt werden, zeigt sich erwartungsgemäss auch in der Vorstrafenbelastung. So unterscheidet sich die Behandlungsgruppe von der Kontrollgruppe in vielen Variablen nicht. Signifikant unterschiedlich ist aber die Vorstrafenbelastung. So sind bei der Behandlungsgruppe 51% der Täter einschlägig vorbestraft, bei der Kontrollgruppe demgegenüber nur 29%. Somit wären eigentlich für die Behandlungsgruppe höhere Rückfallraten als für die Kontrollgruppe zu erwarten. Dennoch sind die Rückfallquoten tatsächlich in der Behandlungsgruppe um 63% niedriger als in der Kontrollgruppe.

Wie erwähnt reflektiert die Quote einschlägiger Vorstrafen die Basisrate einer Population. Weil sich die Basisraten der Kontroll- und Behandlungsgruppe voneinander unterscheiden, ist die gewichtete Basisrate als Vergleichswert aussagekräftiger als die durchschnittliche Basisrate. Da die einschlägige Vorstrafenbelastung sowohl für die Behandlungsgruppe als auch für die Kontrollgruppe bekannt ist, lassen sich die Basisraten für die beiden Gruppen getrennt ausweisen. Berücksichtigt man die Basisraten jeder Gruppe, dann wären für die Behandlungsgruppe langfristig einschlägige Rückfallraten in der Grössenordnung von 51%, in der Kontrollgruppe aber lediglich von 29% zu erwarten. Selbst wenn die „wahre“ langfristige Rückfallquote für die Kohorte niedriger liegen würde, reflektieren die unterschiedlichen Basisraten für die beiden Gruppen in jedem Fall das Verhältnis, in dem die Rückfallraten langfristig zu erwarten sind. Somit ergeben sich für die gewichteten Basisraten folgende Zahlen:

	Rückfallrate	Gewichtete Basisrate	Anteil der gew. Basisrate
Kontrollgruppe	8%	29%	28%
Behandlungsgruppe	3%	51%	6%

Legt man die gewichtete Basisrate zugrunde, dann zeigt sich bei der Behandlungsgruppe derzeit gegenüber der Kontrollgruppe eine Reduktion der Rückfallrate um 79%.

Berücksichtigt man, dass sich aufgrund der derzeit insgesamt geringen Rückfallraten leichter Schwankungen in den Ergebnissen ergeben können, dann kann zum jetzigen Zeitpunkt folgendes festgehalten werden: Die jetzt erneut dokumentierte Reduzierung der Rückfallquote von 63 bzw. 79 % untermauert die oben dargestellte Feststellung, dass mit geeigneten Therapieangeboten markante Verminderungen von Rückfallraten möglich sind.

3.2 Zur Kosteneffizienz

Der PPD führt seit einigen Jahren eine Kosten-Leistungs-Rechnung, die durch quantitative und wirkungsorientierte Indikatoren gesteuert wird. Das bedeutet, dass verschiedene Informationen zum Umfang, zur Qualität und zur Wirkung der erbrachten Leistungen vorliegen. Die Leistungsmenge aufgeteilt nach unterschiedlichen Rechtstiteln ist in Form der jeweils geleisteten Konsultationen für die Jahre 2008-10 der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Leistungsart	2008	2009	2010
DPT amb. Massnahmen (gerichtl. ang., Art. 63)	100	86	92
DPT stat. Massnahmen (gerichtl. ang., Art. 59)	7	23	31
DPT Verwahrte (Art. 64) und Admin. Verwahrte	50	45	43
DPT Jugendliche (Art. 25, Art. 61, Art. 15 und 16)	45	52	33
DPT Freiheitsstrafen und Sonstige	49	48	56
Deliktpräventive Behandlungen (DPT) total	251	254	255
Psychiatrische Grundversorgung	1'249	1'245	1'247
Deliktorientierte Behandlungen (DOB)	6'324	7'033	6'780
Psychiatrische Grundversorgung	5'643	5'048	5'221

DPT = Deliktpräventive (risikosenkende) Therapien

Art. 63 = gerichtlich angeordnete ambulante strafvollzugsbegleitende oder unabhängig vom Strafvollzug erfolgende Therapien

Art. 59 = gerichtlich angeordnete stationäre Therapien, vergleichbar mit Massregeln in Deutschland – die entsprechenden Behandlungen werden durch den PPD aber im Unterschied zu Deutschland in einer in den Strafvollzug integrierten „Klinik“ durchgeführt

Art. 25, Art. 61, Art. 15 und 16 = Therapie und Unterbringungsmassnahmen für Jugendliche

Bekannt sind ferner die für die Leistungen durchschnittlich pro Fall aufgewendete Arbeitszeit und die jeweiligen durchschnittlichen (Voll-) Kosten pro Fall.

Aufwand	2009
DOB amb. Massnahmen (gerichtl. ang., Art. 63)	177.2 Std.
DOB stat. Massnahmen (gerichtl. ang., Art. 59)	443.3 Std.
DOB Verwahrte (Art. 64) und Admin. Verwahrte	41.8 Std.
DOB Jugendliche (Art. 25, Art. 61, Art. 15 und 16)	74.8 Std.
DOB Freiheitsstrafen und Sonstige	46.3 Std.
Psych. Grundversorgung	7.6 Std.
DOB amb. Massnahmen (gerichtl. ang., Art. 63)	22'400 CHF
DOB stat. Massnahmen (gerichtl. ang., Art. 59 / 60)	54'700 CHF
DOB Verwahrte (Art. 64) und Admin. Verwahrte	5'200 CHF
DOB Jugendliche (Art. 25, Art. 61, Art. 15 und 16)	9'700 CHF
DOB Freiheitsstrafen und Sonstige	6'300 CHF
Psych. Grundversorgung	1'100 CHF

Es zeigt sich, dass für die Mehrheit der im PPD durchgeführten Behandlungen (ambulant nach Art. 63) im Schnitt 172 Stunden aufgewendet werden. Eine solche Therapie schlägt durchschnittlich mit 22'000 CHF pro Jahr zu Buche.

Im Saldo hat der gesamte PPD im untersuchten Zeitraum (1997 - 2009) durchschnittliche Kosten in Höhe von 3.0 Mill. CHF generiert.

Der gesamte Dienst hat sich allein unter Berücksichtigung der reinen Strafvollzugskosten (ohne Strafverfolgungs- und Gerichtskosten und ohne Kosten auf der Opferseite) bereits dann amortisiert, wenn es pro Jahr gelungen wäre, 27.5 Haftjahre zu verhindern (ein Tag in der Zürcher Justizvollzugsanstalt generiert laufende Kosten in Höhe von ca. 300 CHF und damit 109'050 CHF / Jahr). Das heisst zugespitzt: Der gesamte Dienst (mit aktuell jährlich: 13'000 Konsultationen, ca. 250 hoch rückfallgefährdeten Gewalt- und Sexualstraftätern in deliktorientierten Therapieprogrammen und ca. 1250 allgemein behandelten Tätern) hätte sich amortisiert, wenn jährlich 3 Täter statt mit einer 20jährigen Strafe „nur“ mit einer 10jährigen Strafe rückfällig geworden wären.

Das durchschnittliche Strafmass der im PPD behandelten Gewalt- und Sexualstraftäter (N=281) beträgt 67.3 Monate. Für Straftäter mit einer lebenslangen Haftstrafe wurden lediglich 180 Monate (=15 Jahre) einberechnet. Dabei wird längst nicht jeder Täter mit einer lebenslangen Freiheitsstrafe zum frühest möglichen Zeitpunkt (15 Jahre) entlassen und Verwahrungen können auch bei geringerer Grundstrafe mehrere Jahrzehnte vollzogen werden. Umgekehrt werden viele der Täter mit endlichen Freiheitsstrafen nach 2/3 der Haftzeit probeweise entlassen. Allerdings fallen auch nach der probeweisen Entlassung des Täters z.B. durch die weitere Fallführung, durch Bewährungshilfe und Rückversetzungen für

die Justiz weiter Kosten an. Insgesamt dürften sich die dargelegten Effekte in der Weise aufheben, dass die ermittelte durchschnittliche Grundstrafe einen verlässlichen Wert darstellt.

67.3 Monate oder 5.6 Jahre entsprechen laufenden Vollzugskosten von 613'000 CHF für einen Rückfall. Der langfristige Erwartungswert der Therapiepopulation des PPD entspricht einer einschlägigen Rückfallquote (die allgemeine Rückfallquote ist bei dieser Berechnung gar nicht berücksichtigt) in der Grössenordnung von 51%. Bei 281 behandelten Tätern sind das 143 Rückfällige. Gelingt es, die Rückfallquote nur um 30% zu senken (aktuelle Berechnung, minus 63% bzw. 79%), dann entspricht das bei 43 vermiedenen Rückfällen einer Kostenersparnis von 26.4 Mill. CHF.

Der Teil des PPD, der die deliktpräventiven Therapien durchführt, macht etwa $\frac{2}{3}$ der Kosten aus. Das heisst, dass der Therapiebereich damit im Schnitt seit 1997 ca. 2 Mill. CHF pro Jahr und damit über die gesamte Zeitdauer 26 Mill. CHF gekostet hat. Damit wäre dieser Therapiebereich des PPD schon allein bei einer Senkung der Rückfälligkeit um nur 30% und alleiniger Berücksichtigung der eingesparten Strafvollzugskosten kostendeckend betrieben worden. Legt man die aktuelle Quote der Rückfallsenkung in Höhe von 63 bzw. 79% zugrunde, dann ergeben sich Einsparungen von 55.2 bzw. 69.3 Mill. CHF. Das würde bedeuten, dass der deliktpräventive Therapiebereich einen „Gewinn“ von 29.2 Mill. bzw. sogar 43.3 Mill. CHF erwirtschaftet hätte.

Die Abteilung für psychiatrische Grundversorgung ist dafür zuständig, sämtliche Justizinstitutionen des Kantons Zürich mit allgemeinen psychiatrisch psychotherapeutischen Dienstleistungen zu versorgen. Hier steht die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen und Störungen der Häftlinge und nicht die Risikosenkung im Vordergrund. Die Ärzte dieses Bereichs sehen jährlich ca. 1'250 Insassen. Zwar werden auch durch diese Arbeit gewisse deliktpräventive Effekte erzielt. Die Kosten dieser Arbeit werden aber schon allein durch die Vermeidung von Krisen und stationären Klinikeinweisungen amortisiert.

So wurde die psychiatrische Grundversorgung des PPD ab dem Jahr 2000 durch Stellenvermehrung sukzessive ausgebaut. Mit der Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Gefängnisinsassen wurde nicht nur die Qualität der Behandlungen gesteigert. Durch die Reduzierung von psychiatrischen Krisen konnten teure Klinikeinweisungen von in der Spitze 132 pro Jahr auf 60-80 pro Jahr gesenkt werden. Da jede stationäre Klinikeinweisung mit durchschnittlich 30'000 CHF zu Buche schlägt, entspricht die Vermeidung von mindestens 50 Einweisungen einem Spareffekt von 1.5 Millionen CHF pro Jahr. Dieser Effekt führte dazu, dass im PPD im Zuge einschneidender kantonaler Sanierungsmassnahmen aus Spargründen sogar eine zusätzliche Arztstelle geschaffen wurde. Dabei liessen sich mit der zusätzlichen Arztstelle in der Folge jährlich nach Abzug der Lohnkosten 200'000 CHF einsparen. Allein die ab dem Jahr 2000 durch den ärztlichen Ausbau des Dienstes realisierten Ersparnisse summieren sich bis zum Jahr 2009 auf insgesamt 15 Mill CHF. Da die Kosten für diesen Bereich des PPD im Schnitt jährlich mit 1 Mill. CHF und damit über den gesamten Beobachtungszeitraum mit 13 Mill CHF zu Buche schlagen, erzielte der Bereich allein mit den ab 2000 realisierten Kosteneinsparungen – ohne Berücksichtigung deliktpräventiver Effekte und anderer vermiedener Folgekosten – einen Gewinn von 2 Mill. CHF.

Das bedeutet, dass der PPD sogar bei moderaten Annahmen (nur 30% Senkung der Rückfallquote, keine Berücksichtigung von Strafverfolgungs-, Gerichtskosten und Kosten auf der Opferseite, Spareffekte der psychiatrischen Grundversorgung nur für den Ausbau und erst ab 2000 berechnet) einen Gewinn von 2.4 Mill CHF erwirtschaftet hätte.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der Dienst z.B. durch eine ausgebaute Forschungsabteilung oder die Anfertigung von Risikoabklärungen vielfältige zusätzliche Dienstleistungen erbringt und aktuell eine Senkung der Rückfallquote in Höhe von 63 bzw. 79% ausweisen kann. Legt man diese Zahlen zugrunde, dann ergibt sich ein „Gewinn“ von 31.2 bzw. 45.3 Mill CHF.

4 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Anhand wissenschaftlicher Studien und aktueller Zahlen aus dem Zürcher PPD Modell lassen sich zur Frage der Wirksamkeit und Kosteneffizienz spezifisch deliktpräventiver Therapien zusammenfassend folgende Aussagen treffen

1. Die Rückfallquoten rückfallgefährdeter Gewalt- und Sexualstraftäter können durch spezifische deliktpräventive Therapieangebote deutlich gesenkt werden. Solche Therapien können daher einen wesentlichen Beitrag zum Schutz potentieller Opfer und damit zur Sicherheit der Bevölkerung leisten.
2. Berücksichtigt man die durch Rückfälle verursachten Kosten, dann lassen sich durch spezifische Therapieangebote für Straftäter gesamthaft Kosten einsparen.

Prof. Dr. med. Frank Urbaniok

PD Dr. phil. Jérôme Endrass

Zürich, 04. Februar 2011

5 Literatur

- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., Lieb R. (2001). *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime*. Washington State Institute for Public Policy
- Becker, J.V. & Hunter, J.A. (1992). Evaluation of treatment outcome for adult perpetrators of child sexual abuse. *Criminal Justice and Behavior*, 19(1), 74-92.
- Donato, R., Shanahan, M. & Higgins, R. (1999). *A cost-benefit analysis of child sex-offender treatment programs for male offenders in correctional services*. Funded by the Criminology Research Council Grant (23/96-7)
- Endrass, J., Rossegger, A. & Urbaniok, F. (2007): Zürcher Forensik Studie. Abschlussbericht des Modellversuchs „Therapieevaluation und Prädiktorenforschung“. <http://www.zurichforensic.org>. [Online Available]
- Endrass, J., Rossegger, A., Noll, T. & Urbaniok, F. (2008). Wirksamkeit von Therapien bei Gewalt- und Sexualstraftätern. *Psychiatrische Praxis*, 35 (1), 8-14.
- Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L. & Seto M.C. (2002) First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse*. Apr;14(2):169-94.
- Klietz, S.J. (2007). *Cost-benefit analysis of multisystemic therapie with serious and violent juvenile offenders*. A Thesis Presented to The Faculty of the Graduate School at the University of Missouri-Columbia.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117-146.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. & Fernandez, Y.M. (2006). *Treating Sexual Offenders: An Intergrated Approach*. New York: Routledge.
- Urbaniok, F. & Stürm, M. (2006). Das Zürcher "Ambulante Intensiv-Programm" (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern. Teil 1: Entstehungsgeschichte und methodische Grundlagen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 157(3), 103-118.

Urbaniok, F. & Stürm, M. (2006): 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*, 157(3),119-133.

5.1 Ergänzungsliteratur

Alexander, M.A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 101-116.

Andrews, D.A. & Bonta, J. (1994). *The Psychology of Criminal Conduct*. Anderson, Cincinnati.

Antonowicz, D.H. & Ross, R.R. (1994). Essential components of successful rehabilitation programmes for offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38(2), 97-104.

Beckett, R.C., Beech, A., Fisher, D. & Fordham, A.S. (1994). *Community-based treatment for sex offenders: an evaluation of seven treatment programmes*. London, Home Office.

Beech A., Fisher, D. & Beckett R. (1999). *STEP 3: An evaluation of the prison sex offender treatment programme*. London, Home Office.

Bourke, M.L. & Donohue, B. (1996). Assessment and treatment of juvenile sex offenders: An empirical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5(1), 47-70.

Freeman-Longo, R.E. & Knopp, F.H. (1992). State-of the art sex offender treatment: Outcome and issues. *Annals of Sex Research*, 5(3), 141-160.

Furby, L., Weinrott M. & Blackshaw L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105(1), 3-30.

Gendreau, P. & Goggin, C. (1996). Principles of effective correctional programming. *Forum on Correctional Research*, 8, 38-41.

- Gendreau, P. (1998). Making Corrections work. Presented at the Research and Treatment Conference. Vancouver.
- Grünfeld, B. & Noreik, K. (1986). Recidivism among sex offenders: a follow-up study of 541 norwegian sex offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 9, 95-102.
- Hall, G.C.N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 36 (5), 802-809.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 Research Studies on the Effectiveness of treatment with Juvenile Delinquents. In J. McGuire (Hrsg.), *What works: Reducing Reoffending* (S. 63-78). Wiley, Chichester.
- Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In J. McGuire (Hrsg.), *What works: Reducing reoffending* (S. 79-111). Wiley, Chichester.
- Lösel, F. & Bender, D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In Steller, M. & Volbert, R. (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren* (S. 171-204). Bern: Huber.
- McGrath, R.J. (1991). Sex offender risk assessment and disposition planning: A review of empirical and clinical findings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35(4), 328-350.
- Marshall, W.L. & Barbaree, H.E. (1988). The long-term evaluation of a behavioural treatment programme for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 499-511.
- Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. & Barbaree, H.E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11(4), 465-485.
- Marshall, W.L. & Pithers W.D. (1994). A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behaviour*, 21(1), 10-27.
- Marques, J.K. (1999). How to answer the question „Does sex offender treatment work?“ *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 437-451.

- Marques, J.K., Nelson, C., Alarcon, J.M. & Day, D.M. (2000). Preventing relapse in sex offenders. In Laws D.R., Hudson S.M. & Ward T. (Hrsg.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (S.321-340). Thousand Oaks: Sage.
- Quinsey, V.L., Grant, M.E.R. & Lalumière, M.L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of interpersonal violence*, (8)4, 512-523.
- Redondo, S., Sanchez-Meca, J. & Garrido, V. (1999). The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: an european meta-analytic review. *Psychology, Crime & Law*, 5, 251-278.
- Wilson, D.B., Gallagher, C.A., Coggeshall, M.B. & MacKenzie, D.L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly*, 3, 19-29.