

Seraina Caviezel Schmitz

Rückfallprävention bei sexuell übergriffigen Personen mit Lernbeeinträchtigung

Evaluation eines Behandlungsprogramms und Schlussfolgerungen für Praxis und Forschung

Zusammenfassung

Sexuell übergriffige Personen mit einer Lernbeeinträchtigung werden mit einem Strafrechtssystem konfrontiert, das sie überfordert. Gleichzeitig ist der Umgang mit dieser Personengruppe für das Strafrechtssystem eine grosse Herausforderung, unter anderem im Hinblick auf eine angemessene Behandlung. Es gibt in der Schweiz nur wenige Behandlungsangebote für straffällige Personen mit einer Lernbeeinträchtigung. Ihre Wirksamkeit wurde bisher kaum systematisch überprüft. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse einer Evaluation des Behandlungsprogramms «U80» des Forensischen Instituts Ostschweiz (forio) berichtet. Ausserdem werden die Herausforderungen in Bezug auf die Behandlung und Evaluation von Behandlungsangeboten für diese Personengruppe beschrieben und Schlussfolgerungen für die Forschung und die Praxis diskutiert.

Résumé

Les auteur-e-s d'agression sexuelle ayant des difficultés d'apprentissage sont confronté-e-s à un système de justice pénale qui les dépasse. La gestion de ce groupe de personnes représente en même temps un grand défi pour le système pénal, notamment relativement aux traitements à offrir. Les offres de traitement pour les personnes délinquantes qui ont des difficultés d'apprentissage sont rares en Suisse. Leur efficacité n'a par ailleurs été que très peu évaluée de manière systématique jusqu'à présent. Cet article expose les résultats d'une évaluation du programme de traitement « U80 » de l'Institut de Suisse orientale « Forensisches Institut Ostschweiz » (forio). Elle décrit par ailleurs les défis associés au traitement et à l'évaluation des offres de traitement pour ce groupe de personnes et discute des conclusions pour la recherche et la pratique.

Permalink: www.szh-csps.ch/z2021-11-02

Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹ definiert intellektuelle Beeinträchtigung als eine deutlich verminderte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fertigkeiten zu erlernen und anzuwenden. Die selbstständige Alltagsbewältigung ist eingeschränkt. Weil die Beeinträchtigung

bereits vor dem Erwachsenenalter besteht, wirkt sie sich auch nachhaltig auf die Entwicklung aus. Nachfolgend wird der Begriff der Lernbeeinträchtigung verwendet, um auch Personen im Grenzbereich zur intellektuellen Beeinträchtigung zu berücksichtigen.

Menschen mit Lernbeeinträchtigung beziehungsweise der Umgang mit ihnen ist ein grosses, aber kaum sichtbares Problem im Strafrechtssystem (z. B. Loucks, 2007). Lernbeeinträchtigungen schränken die Fähigkeiten der Betroffenen ein, mit dem Strafrechts-

¹ www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability

system zurechtzukommen. Allerdings wird diese Form der Beeinträchtigung häufig nicht erkannt (ebd.), zumal Betroffene mit leichter Beeinträchtigung oft vermeiden wollen, sozial stigmatisiert zu werden (Cant, 2007). Auch weisen straffällige Personen mit Lernbeeinträchtigung häufig psychische Störungen auf, was eine psychiatrische Abklärung erschwert, da die Charakteristika vom typischen Erscheinungsbild abweichen können (Eusterschulte, 2013).

Sexuell übergriffige Menschen mit Lernbeeinträchtigung profitieren weniger von konventionellen Behandlungsansätzen.

Kestel (2010) stellt im Rahmen einer explorativen Studie zur Situation von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Massregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht fest, dass «es im Grenzgebiet von (forensischer) Psychiatrie und Behindertenpädagogik kaum begehbare Pfade [gibt]; jeder Rehabilitationsfall wird so zu einem individuellen «Integrationsprojekt» (ebd., S. 151). Es fehlt unter anderem an Behandlungsinstrumenten und adäquaten Nachsorgeangeboten (z. B. Weber, 2013). Eine wichtige Rolle spielt auch die soziale Wahrnehmung von Personen mit Lernbeeinträchtigung, welche oftmals durch negative Einstellungen, pauschale Defizitorientierung und «Mythen geistiger Behinderung» (z. B. Senn, 1993) geprägt ist. Beispielsweise wurden Personen mit Lernbeeinträchtigung lange Zeit als «oversexed» (ebd.) wahrgenommen. Krüger, Caviezel Schmitz und Niehaus (2014) fanden im Rahmen ihrer Strafaktenanalyse Hinweise darauf, dass der Mythos über die Triebhaftigkeit von Personen mit Lernbeeinträchtigung durch am Strafverfahren beteiligte Berufsgruppen akzeptiert wird. Stereo-

type und Mythen können zum Beispiel einen Einfluss auf die Prüfung von Behandlungsmöglichkeiten, Lockerungsmassnahmen und auf die Arbeit mit der Personengruppe haben (Weber, 2013; Krause, 2010). Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass sexuell übergriffige Personen mit Lernbeeinträchtigung häufig keine angemessenen Unterstützungsangebote erhalten und dass sie von konventionellen Behandlungsansätzen weniger profitieren (Loucks, 2007).

Behandlungsangebot

Für straffällig gewordene Personen mit Lernbeeinträchtigung gibt es in der Schweiz kaum angemessene Behandlungs- und Nachsorgeangebote (Hänggi, 2018). Das *Forensische Institut Ostschweiz (forio)* stellt seit 2003 eines der wenigen Behandlungsangebote zur Verfügung, das spezifisch auf diese Personengruppe ausgerichtet ist. Im ambulanten Setting und in enger Zusammenarbeit mit dem sozialen und professionellen Umfeld der Teilnehmenden wird versucht, die persönliche Entwicklung von sexuell übergriffigen Personen mit Lernbeeinträchtigung zu fördern und das Rückfallrisiko zu verringern. Das Konzept beinhaltet auch ein Nachsorgeangebot. Für eine Beschreibung des Programms sei auf den Beitrag von Monika Egli-Alge in dieser Ausgabe sowie Hollomotz und Caviezel Schmitz (2018) verwiesen.

Evaluation

Obwohl das Programm schon lange besteht, wurde es bisher nicht systematisch auf seine Wirksamkeit evaluiert. Denn es fehlte – wie so oft in der Praxis – ein Manual als Evaluationsgrundlage. Im Rahmen des hier vorgestellten Projektes wurde folglich zum ersten Mal eine Beschreibung des Behandlungskonzeptes und seiner Bausteine erstellt. Nachfolgend werden die Ergebnisse einer unabhän-

gigen² retrospektiven summativen Evaluation zur praktischen Wirksamkeit des Programms unter Alltagsbedingungen (*Effectiveness*) vorgestellt. Dabei liegt der Fokus auf der Erreichung der Behandlungsziele *Rückfallprävention* und *Erhöhung der Sozialkompetenzen*.

Material und Stichprobe

Grundlage der Evaluation bilden die von *forio* zur Verfügung gestellten Unterlagen. Im Hinblick auf die Vollständigkeit und Qualität der Unterlagen ist zu berücksichtigen, dass diese nicht im Vorfeld systematisch abgelegt, gesammelt oder für eine Evaluation aufbereitet, sondern ausschliesslich im Rahmen der praktischen Durchführung der Behandlung erstellt wurden. Die Unterlagen wurden von der Autorin sondiert und aufbereitet. Die Akten³ von 19 Teilnehmenden, die das Behandlungsprogramm zwischen Oktober 2003 und Juni 2009 begonnen und erfolgreich abgeschlossen haben, bildeten die Grundlage für die Evaluation⁴.

Die ausschliesslich männlichen Teilnehmer waren bei Behandlungsbeginn durchschnittlich 17 Jahre und 8 Monate alt ($SD = 4,2$ Jahre). Gemäss Angaben von *forio* lag bei 15 Teilnehmern (mindestens) eine

Lernbeeinträchtigung vor. Bei einem Teilnehmer wurde von einer «niedrigen Intelligenz» ausgegangen, zu dreien fehlten Angaben zum intellektuellen Entwicklungsstand. Bei 12 der 19 Teilnehmern wurde zudem mindestens eine psychische Störung erwähnt. Am häufigsten wurden Störungen im Sozialverhalten und Entwicklungsstörungen festgestellt⁵.

Grund für die Teilnahme am Behandlungsprogramm waren bei 17 Teilnehmern sexuelle Übergriffe und bei je einem der Konsum von Kinderpornografie beziehungsweise sexuell grenzwertiges, aber strafrechtlich nicht relevantes Verhalten. 12 Teilnehmer wurden durch die Jugendanwaltschaft zugewiesen, die anderen durch eine andere Behörde, eine Institution oder die psychiatrischen Dienste.

Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 15,7 Monate ($SD = 8,5$) und die durchschnittliche Anzahl an Behandlungssitzungen umfasste 43,2 Sitzungen ($SD = 22,5$)⁶. Bei 12 Teilnehmern fand eine Nachbetreuung statt. Der Nachbetreuungszeitraum betrug

² Das *forio* war nicht an der Finanzierung der Evaluation beteiligt.

³ 19 Informationsblätter mit Eckdaten, 6 forensisch-psychologische oder psychiatrische Gutachten, 1 Abklärungsbericht, 11 Zwischenberichte zum Behandlungsverlauf, 17 Abschlussberichte nach Beendigung der Behandlung, 10 Abschlussberichte nach Ende der Nachbetreuungszeit, und 19 Schutz- und Kontrollplan(-versionen)

⁴ Insgesamt haben in diesem Zeitraum 25 Personen das Programm begonnen, wobei vier das Programm vorzeitig abgebrochen haben (Drop-outs). Bei weiteren zwei Personen standen zu wenig Informationen für eine Evaluation zur Verfügung.

⁵ Bei diesen Angaben ist zu beachten, dass sie hauptsächlich auf der klinischen Beurteilung der Mitarbeitenden des *forio* beruhen, da nur bei fünf Teilnehmern ein forensisch-psychologisches bzw. psychiatrisches Gutachten vorlag.

⁶ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der regulär vorgesehenen Sitzungen im Verlauf der Jahre angepasst wurde. Ausserdem ist die Anzahl Sitzungen je Stufe auch von der Gruppe bzw. ihren Fähigkeiten abhängig. Da das Behandlungsprogramm seit einigen Jahren eine offene Gruppe vorsieht und damit der Einstieg theoretisch jederzeit möglich ist, können die tatsächlichen Behandlungssitzungen im Einzelfall variieren. Zudem hängt die Anzahl der besuchten Sitzungen davon ab, wie häufig jemand an der Teilnahme verhindert war (z. B. durch Krankheit) oder ebendiese wiederholen musste, weil Ziele nicht erreicht wurden.

durchschnittlich 12 Monate, wobei durchschnittlich 3,3 *risk-circles*⁷ durchgeführt wurden.

Nach Abschluss der Behandlung und der Nachbetreuung bleibt bei allen Teilnehmern ein Rückfallrisiko bestehen.

Methoden

Im Rahmen einer qualitativen Analyse der Behandlungsunterlagen (in Anlehnung an Mayring, 2008) wurde erfasst, inwiefern bei den Teilnehmern Veränderungen im Hinblick auf die Behandlungsziele *Rückfallprävention* (z. B. Aussagen zum Verhältnis zwischen Selbst- und Fremdkontrolle in Risikosituationen) und *Erhöhung der sozialen Kompetenzen* (z. B. Veränderungen im Bereich Verantwortungsübernahme) berichtet wurden⁸. Darüber hinaus wurden Einschätzungen des Rückfallrisikos zu verschiedenen Zeitpunkten berücksichtigt. Diese erfolgten im Rahmen einer klinischen Beurteilung, teilweise unter Zuhilfenahme des ERASOR (klinisches Beurteilungsverfahren: Skala zur Einschätzung des Rückfallrisikos bei Jugendlichen, die sexuelle Übergriffe verübt haben; Worling, 2004). Für alle 19 Teilnehmer lag eine Einschätzung des Rückfallrisikos zu mindestens einem Zeitpunkt vor, allerdings nur für neun zu mehreren Zeitpunkten.

⁷ Die *risk-circles* bestehen aus den bereits während der Behandlung involvierten und allenfalls neu dazugekommenen Begleitsystemen. Die jeweilige Zusammensetzung und die Häufigkeit der *risk-circles* werden individuell angepasst, ebenso die Dauer der Nachsorge.

⁸ Berücksichtigt wurden auch Hinweise auf unerwünschte Nebeneffekte und auf programmexterne Faktoren, die den Therapieerfolg beeinflussen (können). Diese Ergebnisse werden hier nicht berichtet.

Ergebnisse

Behandlungsziel Rückfallprävention

Eine Behandlung führt nicht in jedem Fall dazu, dass die behandelte Person nicht rückfällig wird – davon ist realistischerweise nicht auszugehen. Es bleibt in der Regel ein Rückfallrisiko bestehen. Die Analyse der Rückfallrisiko-Einschätzungen zeigt, dass in der vorliegenden Stichprobe nur bei wenigen Teilnehmern das Rückfallrisiko am Ende des Behandlungszeitraumes als niedrig eingestuft wurde ($n = 2$). Bei der Mehrheit lag die Einschätzung höher. In der Nachbetreuungsphase sank das Rückfallrisiko tendenziell.

Im Verlauf der Behandlung und Nachbetreuung wurden positive Entwicklungen bei den Teilnehmern beobachtet: Für alle Teilnehmer konnten die individuellen Risikosituationen differenziert ausgearbeitet und angemessene Rückfallvermeidungsstrategien erarbeitet und eingeübt werden, wobei der Anteil des Selbstmanagements (im Gegensatz zur Fremdkontrolle) erhöht werden konnte. Lediglich bei dreien wurde das Verhältnis von Selbstmanagement und Fremdkontrolle noch als «unausgewogen» eingestuft. Auch ergänzende (Fremd-)Kontrollmassnahmen durch die Begleitsysteme konnten für die Mehrheit der Teilnehmer ($n = 14$) erarbeitet und umgesetzt werden. Ebenso wurden während des Behandlungszeitraumes bei der grossen Mehrheit der Teilnehmer keine weiteren sexuellen Übergriffe bekannt ($n = 16$). Zusammenfassend bleibt aber nach Abschluss der Behandlung und Nachbetreuung bei allen Teilnehmern ein Rückfallrisiko bestehen. Eine weitere Begleitung ist deshalb für eine positive Entwicklung notwendig oder zumindest erwünscht.

Behandlungsziel: Erhöhung der sozialen Kompetenzen

Folgende induktiven Kategorien wurden für das Behandlungsziel gebildet:

- *Selbstwert und Selbsteinschätzung*, unter anderem eine angemessene und realistische Selbsteinschätzung oder das Erkennen eigener Ressourcen
- *Selbstregulation*, unter anderem im Umgang mit den eigenen Emotionen oder der eigenen Impulsivität
- *Sexualität*, im Sinne der Wahrnehmung und des (angemessenen) Auslebens der eigenen Bedürfnisse sowie Wissenszuwachs in diesem Bereich
- *Verantwortungsübernahme*, zum Beispiel für die eigenen Taten, den eigenen Beitrag bei Konflikten (vs. Verleugnung, Rechtfertigungen oder kognitiven Verzerrungen)
- *Verhalten und Mitarbeit in der Gruppe (spezifisch auf Behandlung bezogen)*, zum Beispiel das Einhalten der Behandlungsregeln, Offenheit (z. B. von sich aus von Konfliktsituationen berichten oder von sexuellen Beziehungen) und der Umgang mit den anderen Teilnehmern
- *Verhalten gegenüber anderen Personen (allgemein)*, zum Beispiel Veränderungen hin zu einem respektvollen Umgang mit anderen (im Gegensatz zum Belügen, Manipulieren oder Ausnützen von anderen Menschen)
- *Kommunikationsfähigkeiten*, zum Beispiel Veränderungen hin zu einer differenzierteren Berichterstattung (z. B. im Rahmen der 5-Minuten-Runde) oder besserer Fokussierung (im Gegensatz zu Ablenkbarkeit)

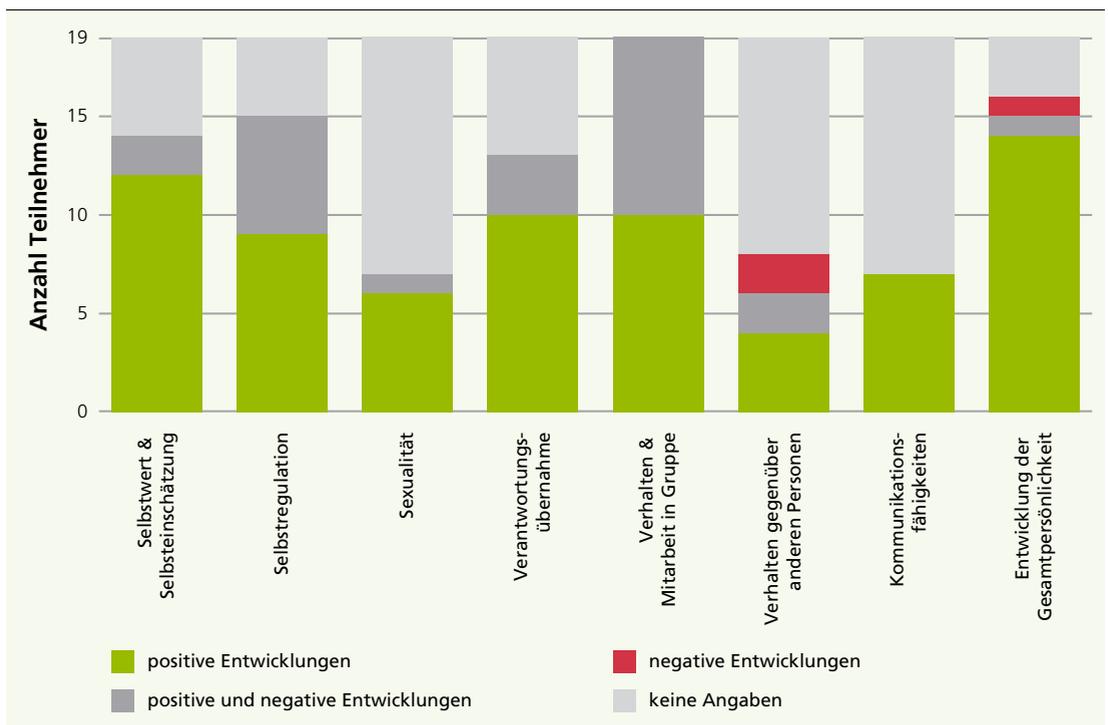


Abbildung 1: Berichtete Entwicklungen der Teilnehmer in den verschiedenen Kategorien über den gesamten Behandlungszeitraum hinweg

Die Kategorien sind voneinander abhängig und teilweise nicht eindeutig voneinander abgrenzbar. Ausserdem hängen die Kategorien stark mit Veränderungen respektive Entwicklungen in Bezug auf die *Gesamtpersönlichkeit* zusammen (z. B. Eigeninitiative und Motivation bezüglich beruflicher Zukunft). Für jeden Teilnehmer wurde festgehalten, ob er von positiven oder negativen Entwicklungen in diesem Bereich (Kategorie) berichtet hat. Die Abbildung 1 zeigt die berichteten Entwicklungen der Teilnehmer in den verschiedenen Kategorien über den gesamten Behandlungszeitraum hinweg.

Die Evaluationsergebnisse weisen auf positive Entwicklungen bei der Rückfallprävention und der Erhöhung der Sozialkompetenzen hin.

Die Mehrheit der Teilnehmer entwickelte sich positiv in den Bereichen Selbstwert und Selbsteinschätzung, Sexualität, Verantwortungsübernahme, Verhalten und der Mitarbeit in der Gruppe sowie in Bezug auf die Gesamtpersönlichkeit. Im Hinblick auf das Verhalten gegenüber anderen Personen (ausserhalb der Behandlungssitzungen) konnten bei zwei Teilnehmern ausschliesslich negative Entwicklungen festgestellt werden. Bei einem Teilnehmer wurde in Bezug auf die Gesamtpersönlichkeit von einer negativen Entwicklung berichtet. Bei allen anderen und in allen weiteren Bereichen wurden entweder positive *und* negative Entwicklungen erwähnt oder keine Angaben dazu gemacht.

Gesamtbeurteilung

Die Evaluationsergebnisse weisen auf positive Entwicklungen im Behandlungszeitraum in Bezug auf die Behandlungsziele hin. Das

Nachbetreuungskonzept scheint geeignet zu sein, um diese Entwicklungen zu stabilisieren und weitere Schritte zu fördern. Die Behandlung baut grösstenteils auf denselben Prinzipien auf wie andere Programme, die auf diese Personengruppe ausgerichtet sind. Unterschiede bestehen hinsichtlich der Mechanismen, die die Behandlung in Gang setzen oder der Ziele, die damit erreicht werden sollen (Hollomotz & Greenhalgh, 2018).

Bisher fehlt eine systematische, fortlaufende und gezielte Erhebung von Daten, die die Wirksamkeit des Programms überprüft. Zwar können die hier berichteten Ergebnisse für die in diesem Bereich tätigen Personen und Institutionen von praktischem Nutzen sein, die wissenschaftliche Aussagekraft ist jedoch gering. Die Qualität und der Umfang der Daten sind zu bescheiden. Deshalb sind weitere Evaluationen notwendig, um eine wissenschaftlich fundierte Aussage über die Wirksamkeit des Behandlungsprogramms zu machen. Mit der Beschreibung des Programms und seiner Bausteine ist die Grundlage dafür gelegt.

Im Zuge der Evaluation wurden auch einige Aspekte sichtbar, die kritisch zu betrachten sind: Beispielsweise fehlt eine systematische (Eingangs-)Diagnostik (was auch der fehlenden Finanzierung geschuldet ist). Der Therapieerfolg wird durch dieselben Personen beurteilt, die die Behandlung durchführen, und in der Behandlung findet eine Vermischung von forensisch zugewiesenen Personen mit Personen statt, die nicht strafrechtlich in Erscheinung getreten sind (Niehaus, Pisoni & Schmidt, 2020).

Schlussfolgerungen

Für die Praxis und die Forschung ergeben sich aus der Evaluation folgende Schlussfolgerungen:

Es braucht mehr Forschung, um die Wirksamkeit des Behandlungsprogramms U80 (und anderer Angebote) wissenschaftlich zu erfassen und herauszufinden, wie, bei wem und warum sie (nicht) wirken.

- Es braucht eine gezieltere und systematischere Zusammenarbeit zwischen Praxis und Forschung. Eine retrospektive, summativ-evaluative Evaluation auf der Grundlage von Material aus der Praxis, das nicht zu Evaluationszwecken erstellt wurde, ist aufwendig und die wissenschaftliche Aussagekraft gering. Zum Beispiel muss diskutiert werden, was von einem Behandlungsprogramm zu erwarten ist, welche Indikatoren für die Evaluation der Wirkung und der Wirkungsweise angemessen sind (vgl. Hollomotz & Grennhalg, 2018) oder wie eine Evaluation möglichst nutzbringend in den Praxisalltag integriert werden kann.
- Um der Zielgruppe gerecht zu werden, ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich. Dafür müssen auch *strukturelle Hindernisse* (z. B. ungenügender Austausch von Informationen zwischen den involvierten Systemen, Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen beim Zugang zu Unterstützungsangeboten) identifiziert und überwunden werden (vgl. Hollomotz & Talbot, 2021).
- Es braucht mehr Angebote, auch solche in räumlicher Nähe zu den Betroffenen (z. B. Niehaus et al., 2020).
- Erstrebenswert ist es, nebst der Rückfallprävention zum Beispiel auch die Förderung der persönlichen Entwicklung der Teilnehmer als Ziel einer Behandlung anzuerkennen. Letztere trägt einerseits zur Erhöhung der Selbstkontrolle und dadurch zur Rückfallprävention bei. Andererseits stellt die Ermöglichung eines guten Lebens für die Betroffenen ein über-

geordnetes Ziel und ein Recht der Betroffenen dar (vgl. UN-BRK, 2006).

- Es sind Strategien zu erarbeiten, die eine gelingende Zusammenarbeit mit dem Umfeld der Betroffenen fördern. Eine enge Zusammenarbeit mit Bezugspersonen aus dem *privaten* und dem *professionellen* Umfeld ist unverzichtbar, um die Sicherheit für Dritte zu gewährleisten und den Transfer des in der Behandlung Erlernten in den Alltag zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang geht es auch um die langfristige Festigung des Erlernten. Zu prüfen und zu entwickeln sind Strategien zur Erhöhung der Kooperationsbereitschaft und zum (stärkeren) Einbezug des Umfeldes (inkl. Fragen des Persönlichkeitsschutzes) und geeignete Instrumente zur Zusammenarbeit. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine defizitorientierte Sicht auf die Betroffenen und behinderungsspezifische Mythen die Bereitschaft der Beteiligten zur Mitarbeit beeinflussen können. Beispielsweise können sie dazu führen, dass in der Abwägung zwischen Rückfallprävention mittels Restriktionen und dem Ziel der Förderung der sozialen Kompetenzen bei den Betroffenen, die Rückfallprävention stärker gewichtet wird. Dies insbesondere, weil für die Förderung der sozialen Kompetenzen ein Übungsraum zur Verfügung gestellt werden muss, der auch die Möglichkeit für einen Rückfall beinhaltet. Entsprechend ist auch bei Prozessen der sozialen Wahrnehmung anzusetzen, um eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Umfeld zu fördern.

Auf diese Weise wird ein realistischer, aber optimistischer Blick auf das Machbare möglich.

Literatur

- Cant, R. (2007). What professionals think about offenders with learning disabilities in the criminal justice system. *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 174–180.
- Eusterschulte, B. (2013). Geistig behinderte Straftäter im Maßregelvollzug – Diagnostik, Behandlung und Entlassung. In Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung im Massregelvollzug. Herausforderungen für die Behindertenhilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 6. und 7. Dezember 2012 in Berlin* (S. 37–43). Berlin: DHG.
- Hänggi, S. (20.11.2018). *Massnahmevollzug gemäss Art. 59 StGB: Klinik oder Justizvollzug? (Workshop)*. 1. Forum Justizvollzug des SKJV, Fribourg.
- Hollomotz, A. & Caviezel Schmitz, S. (2018). *Forio*: a Swiss treatment program for young sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 9 (3), 117–127.
- Hollomotz, A. & Greenhalgh, J. (2018). A realist analysis of treatment programmes for sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33 (4), 729–738.
- Hollomotz, A. & Talbot, J. (2021). Designing solutions for improved support within health, social care and criminal justice for adults with learning disabilities and/or autism who have offended. *Howard Journal of Crime and Justice*, 60 (2), 185–208.
- Kestel, O. (2010). *Delinquentes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Situation im Maßregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht – Explorative Untersuchung eines Praxisfeldes*. Erfurt: Universitätsverlag.
- Krause, C. (2010). Forensische Nachsorge im Maßregelvollzug (Teil 2): Intelligenzgeminderte Straftäter. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 4, 276–283.
- Krüger, P., Caviezel Schmitz, S. & Niehaus, S. (2014). Mythen geistiger Behinderung und sexueller Gewalt im Strafverfahren: Ergebnisse einer qualitativen Analyse von Strafprozessakten aus zwei Deutschschweizer Kantonen. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN)*, 83 (2), 124–136.



Seraina Caviezel Schmitz
 lic. phil., Psychologin FSP
 Dozentin und Projektleiterin
 Hochschule Luzern – Soziale Arbeit,
 Institut für Sozialarbeit und Recht
 seraina.caviezel@hslu.ch

- Loucks, N. (2007). *Prisoners with learning difficulties and learning disabilities – review of prevalence and associated needs*. London: Prison Reform Trust.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Niehaus, S., Pisoni, D. & Schmidt, A. F. (2020). *Präventionsangebote für Personen mit sexuellen Interessen an Kindern und ihre Wirkung* (Beiträge zur sozialen Sicherheit No 4). Bern: BSV.
- Senn, C. Y. (1993). *Gegen jedes Recht*. Berlin: Donna Vita.
- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention BRK) vom 13. Dezember 2006, SR 0.109.
- Weber, E. (2013). Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug – Herausforderung für die Behindertenhilfe. In Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung im Massregelvollzug. Herausforderungen für die Behindertenhilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 6. und 7. Dezember 2012 in Berlin* (S. 13–24). Berlin: DHG.
- Worling, J. (2004). The Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR): Preliminary Psychometric Data. *Sexual Abuse A Journal of Research and Treatment*, 16 (3), 235–254.

Impressum

**Schweizerische Zeitschrift für
Heilpädagogik, 27. Jahrgang, 11/2021
ISSN 1420-1607**

Herausgeber

Stiftung Schweizer Zentrum
für Heil- und Sonderpädagogik (SZH)
Haus der Kantone
Speichergasse 6, Postfach, CH-3001 Bern
Tel. +41 31 320 16 60
szh@szh.ch, www.szh.ch

Redaktion und Herstellung

Kontakt: redaktion@szh.ch
Verantwortlich: Romain Lanners
Redaktion: Andrea Rauchenstein,
Silvia Schnyder, Daniel Stalder
Rundschau und Dokumentation: Thomas Wetter
Inserate: Remo Lizzi
Layout: Werd & Weber Verlag AG

Erscheinungsweise

9 Ausgaben pro Jahr, jeweils in der Monatsmitte

Inserate

inserate@szh.ch
Preise: ab CHF 220.– exkl. MwSt.
Mediadaten unter www.szh.ch/inserieren

Auflage

1880 Exemplare (WEMF/SW-beglaubigt)

Druck

Ediprim AG, Biel

Jahresabonnement

Digital-Abo	CHF 74.90
Print-Abo	CHF 84.90
Kombi-Abo	CHF 94.90

Einzelausgabe

Print CHF 11.– (inkl. MwSt.), plus Porto
Digital CHF 10.– (inkl. MwSt.)

Abdruck

erwünscht, bei redaktionellen Beiträgen
jedoch nur mit ausdrücklicher Genehmigung
der Redaktion

Hinweise

Der Inhalt der veröffentlichten Beiträge von
Autorinnen und Autoren muss nicht mit
der Auffassung der Redaktion übereinstimmen.

Weitere Informationen erhalten Sie
auf unserer Website www.szh.ch/zeitschrift

