

Düsseldorf, 30.11.2018

**Qualität der Prognosegutachten (gem. § 16 Abs. 3 MRVG NRW  
und § 463 StPO) bei nach § 63 StGB untergebrachten  
Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten in NRW**

**- ABSCHLUSSBERICHT -**

Prof. Dr. Andrej König

Dr. Klaus P. Elsner

Dr. Norbert Schalast

und

Prof. Dr. Norbert Leygraf

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	S. 3
Zur Methodik prognostischer Beurteilungen.....	S. 5
Die Wirkungen von forensischen Prognosegutachten.....	S. 7
Zielsetzung und Forschungsfragen.....	S. 9
<b>Methodik</b> .....	S. 11
<b>Ergebnisse</b> .....	S. 13
Stichprobenbeschreibung der gem. § 63 StGB untergebrachten Patienten.....	S. 13
Kernmerkmale der forensischen Prognosegutachten.....	S. 18
Rezeption der Prognosegutachten durch Kliniken und Strafvollstreckungskammern.....	S. 28
Bewertung der Prognosegutachten durch Richter an Oberlandesgerichten.....	S. 34
<b>Diskussion</b> .....	S. 38
Zusammenfassung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse.....	S. 38
Zur Rezeption der Prognosegutachten.....	S. 41
Fortbildungsbedarfe für forensische Sachverständige und Richter.....	S. 43
Fazit.....	S. 43
<b>Literatur</b> .....	S. 46
<b>Korrespondenzadresse</b> .....	S. 48

## Einleitung

Einschätzungen eines Menschen hinsichtlich des Risikos zukünftigen strafbaren Verhaltens spielen im Bereich des Strafrechts eine erhebliche Rolle. Zwar richtet sich im Falle der Anordnung einer Freiheitsstrafe deren Länge entscheidend nach der Schwere des Gesetzesverstoßes und der „Schwere der Schuld“. Doch wie lange ein Verurteilter<sup>1</sup> die Strafe dann tatsächlich verbüßen muss, kann auch erheblich vom (eingeschätzten) Risiko erneuter Taten abhängen. So kann eine Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren primär zur Bewährung ausgesetzt werden, *wenn zu erwarten ist, dass der Verurteilte sich schon die Verurteilung zur Warnung dienen lassen und künftig auch ohne die Einwirkung des Strafvollzugs keine Straftaten mehr begehen wird* (§ 56 Abs. 1, 2 StGB). Die Aussetzung eines Strafrestes nach Teilverbüßung setzt unter anderem voraus, dass dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann (§ 57 Abs. 1 StGB).

Noch viel entscheidender ist die Einschätzung der zukünftigen Gefährlichkeit eines Täters im Bereich der Maßregeln der Besserung und Sicherung, etwa für die Anordnung und die Dauer einer Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB. Diese kann bei einem psychisch kranken/gestörten und infolgedessen nicht voll schuldfähigen (§§ 20, 21 StGB) Täter erfolgen, *wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist* (§ 63 StGB). Die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus ist primär zeitlich unbefristet. Sie muss allerdings zur Bewährung ausgesetzt werden, *wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird* (§ 67d Abs. 2 StGB). Mindestens jährlich muss dies gerichtlich geprüft werden (§ 67e StGB).

In der öffentlichen Diskussion spielten die von psychisch kranken bzw. schwer gestörten Tätern ausgehenden Risiken nach einigen spektakulären Vorfällen in den 1990iger Jahren eine erhebliche Rolle. Unter anderem wurde 1994 von einem Patienten des Westfälischen Zentrums für forensische Psychiatrie Lippstadt ein Mädchen getötet, das in der Nachbarschaft des Klinikgeländes lebte. 1998 gelang einem Patienten der LVR-Klinik Düren die Flucht während einer Ausführung. Auf seiner Flucht beging er schwere Gewaltverbrechen

---

<sup>1</sup> Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen in dem vorliegenden Abschlussbericht sind somit geschlechtsneutral zu verstehen, außer es wird explizit auf das biologische Geschlecht einer Person hingewiesen.

(Mord und Vergewaltigung). Nach einer längeren Phase zunehmender Therapieorientierung erhielten Sicherheitsaspekte bei der Organisation des Maßregelvollzugs wieder deutlich mehr Gewicht. Zum Beispiel wurden die Möglichkeiten der Lockerung der Unterbringung im Umfeld der Klinik in Lippstadt erheblich eingeschränkt.

Eine Art Gegenimpuls in der öffentlichen Debatte setzte dagegen der „Fall Mollath“, in dem es um die Frage ging, ob ein prima vista unauffälliger Herr mittleren Alters entweder zu Unrecht ins psychiatrische Krankenhaus gemäß § 63 StGB eingewiesen oder zu lang dort festgehalten worden war.<sup>2</sup> Im bayrischen Landtagswahlkampf des Jahres 2013 wurde der Fall von Opposition und Medien heftig ausgeschlachtet. Einen Angriffspunkt im Verfahren Mollath stellten unter anderem die über den Betroffenen eingeholten psychiatrischen Gutachten dar, die übrigens im Internet abrufbar sind, sodass man sich über ihre Qualität eine Meinung bilden kann.<sup>3</sup>

Psychiatrische und ggf. psychologische forensische Prognosegutachten haben im Unterbringungsverfahren selbst und im anschließenden Vollstreckungsverfahren eine erhebliche Bedeutung. Ist vom Gericht über die Anordnung der Unterbringung bzw. im Vollstreckungsverfahren über die Fortdauer der Unterbringung oder deren Aussetzung zur Bewährung zu befinden, so nehmen Gerichte regelmäßig gutachterlichen Rat in Anspruch. Das „Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften“ vom 08.07.2016 hat die Rechtslage noch verkompliziert. Für Unterbringungen, die über sechs bzw. zehn Jahre hinausgehen, gelten besonders strenge Vorgaben für das Gewicht drohender Taten, die eine weitere Unterbringung noch rechtfertigen können. Dies erhöht die Anforderungen an die zu Rate gezogenen forensischen Sachverständigen. Gerichte legen diesen häufig einen ausführlichen Fragenkatalog vor, zu dem Stellung genommen werden soll. So war vom Gericht dem einen seit 16 Jahren untergebrachten Patienten betreffenden Gutachtenauftrag folgender Fragekatalog beigefügt:

- *Mit welchen strafbaren Handlungen ist konkret zu rechnen?*
- *Ist insbesondere mit Gewaltdelikten zu rechnen?*
- *Mit welcher Art von Gewaltdelikt ist zu rechnen?*
- *Mit welcher Häufigkeit bzw. Rückfallfrequenz ist zu rechnen?*
- *Mit welchem Grad von Wahrscheinlichkeit ist mit der Begehung der zuvor beschriebenen Taten zu rechnen?*
- *Gibt es Situationen, in denen die Wahrscheinlichkeit der zuvor beschriebenen Straftaten erhöht ist?*
- *Ist mit schweren körperlichen und/oder seelischen Schäden bei den potentiellen Opfern zu rechnen?*

---

<sup>2</sup> <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/gustl-mollath-chronologie-zum-justiz-fall-a-985660.html>

<sup>3</sup> <https://www.strate.net/de/dokumentation/mollath.html>

Insbesondere die letzte Frage bezieht sich auf die mit dem Reformgesetz eingeführten Voraussetzungsschwellen für besonders lange Unterbringungen. An die prognostischen Kompetenzen und Möglichkeiten von forensischen Sachverständigen werden erkennbar hohe Erwartungen gerichtet.

### **Zur Methodik prognostischer Beurteilungen**

Methodische Standards der Erstellung prognostischer Gutachten sind seit vielen Jahren Gegenstand interdisziplinärer Auseinandersetzungen (Es wäre zu begrüßen, wenn Fragen der Behandlungsmethodik mindestens gleich viel Aufmerksamkeit erhielten.). Man erinnert sich heute kaum noch daran, dass sich Sachverständige in den ersten Nachkriegsjahrzehnten oft in einer ausgesprochen abfälligen Weise über die Betroffenen äußerten. Pfäfflin (1978) und Heinz (1982) erregten viel Aufmerksamkeit mit Arbeiten, in denen sie die etablierte Begutachtungspraxis analysierten und in Publikationen aus Gutachten zitierten. Auch Leygraf (1987) kritisierte die negativen Voreinstellungen vieler Sachverständiger. Diese Voreinstellungen wie auch Gutachter – häufig Landesmedizinaldirektoren großer Kliniken – dürften zum Verwehrcharakter des Maßregelvollzugs jener Zeit beigetragen haben (Rasch, 1984).

Als methodisch unzulänglich wurden in der Debatte Gutachten identifiziert, die mehr oder weniger unsystematisch – intuitiv – auf der Basis der klinischen Erfahrungen erstellt wurden. Rasch (1999) formulierte ein Koordinatensystem der Kriminalprognose, das letztlich auch modernen und komplexeren Prognosemodellen zugrunde liegt: Aufgabe der Sachverständigen sei (a) die Erarbeitung eines Verständniskonzeptes der früheren Delinquenz, (b) die Bewertung der Entwicklung des Täters im Zeitraum nach den Anlasstaten, zum Beispiel während eines Vollzugs, und (c) die Berücksichtigung der absehbaren Lebensumstände des Betreffenden, des avisierten „Empfangsraums“ wie der potentiellen Ressourcen und Risikofaktoren.

In ähnlicher Weise stellte Dahle (2000) vier Schritte bei der Erarbeitung einer individuellen Kriminalprognose dar: Zunächst sei aus einer Analyse der Persönlichkeit des Täters und des Profils seiner früheren Rechtsverstöße eine „individuelle Delinquenztheorie“ zu entwickeln (durchaus ähnlich dem Verständniskonzept von Rasch, 1999). Eine Analyse des relevanten Verhaltens seit der (letzten) Tat solle die Ableitung einer Entwicklungstheorie der Persönlichkeit bezüglich personaler Risikopotentiale ermöglichen. Darauf baue eine Wenn-Dann-Analyse der verbleibenden Risiken auf. Die Betrachtung der konkreten Perspektiven

der zukünftigen Lebensgestaltung führe dann zur Einschätzung der Wahrscheinlichkeit risikanter zukünftiger Konstellationen.

Deutliche Kontroversen gab es im Hinblick auf die Frage, welche Bedeutung empirisch evaluierten Prognoseinstrumenten (statistisch-nomothetischen Prognosemethoden, vgl. Dahle, 2005) zukommen solle. Damit sind methodische Ansätze gemeint, bei denen sich aus der Einschätzung bestimmter Merkmale nach einer objektiven Auswertungsvorschrift Risikoeinschätzungen ergeben (z.B. „Rückfallwahrscheinlichkeit von 36% binnen drei Jahren“). Der Begriff „nomothetisch“ impliziert den Anspruch auf Darstellung allgemeiner Gesetzmäßigkeiten. Dazu ist anzumerken, dass Wahrscheinlichkeitsaussagen stets auf den Ergebnissen der Analyse von Stichproben basieren und dass genau beachtet werden muss, ob ein Proband die Charakteristika aufweist, die der Rekrutierung der Normstichproben zugrunde lagen. Neben dem Problem der Kommunikation von Risiken, Rückfallwahrscheinlichkeiten und Gefahren durch Sachverständige fordert der Bundesgerichtshof (Beschl. v. 22.07.2010, 3 StR 169/10) hinsichtlich der generellen Tauglichkeit von Prognoseinstrumenten für den Einzelfall folgendes (s. auch König, 2010):

*„Ob ein bestimmtes Prognoseinstrument für die Beurteilung des beim Angeklagten bestehenden individuellen Rückfallrisikos generell tauglich ist, hängt zuerst einmal davon ab, ob die in die Stichprobe einbezogenen Täter bezüglich ihrer persönlichen Umstände (z.B. Anlassdelikt, psychische Erkrankung, Alter) mit dem Angeklagten vergleichbar sind. Entsprechendes gilt hinsichtlich des für den Angeklagten zukünftig zu erwartenden Umfelds und der für die Prognose als entscheidend erachteten Zeitspanne. Gibt es keine oder eine geringe Vergleichbarkeit zwischen der Stichprobe des angewendeten Prognoseinstruments und dem zu beurteilenden Einzelfall, ist die Bestimmung eines individuellen Risikogrades aus methodischer Sicht nicht zu rechtfertigen.“*

Die deutlichste Kritik an einem solchen Vorgehen betraf die Tatsache, dass entsprechende Instrumente oft auf historisch-biografischen Merkmalen basierten, die auch durch beste Therapie und Nachsorge nicht korrigierbar sind. Dieser berechtigten Kritik wurde mit der Entwicklung von Prognoseinstrumenten der „dritten Generation“ begegnet, die auch „dynamische Faktoren“ in die Beurteilung einbeziehen, also Aspekte der weiteren Entwicklung und der absehbaren Lebens- (und Risiko-) Umstände. Die Berliner CRIME-Studie (Dahle, 2005) berichtete recht befriedigende Validitätsbefunde für eine deutsche Version eines solchen Instrumentes, dem Level-of-Service-Inventory-Revised (Andrews & Bonta, 1995). König (2010) beschreibt allerdings in einer statistisch-methodologischen Analyse, dass die prognostische Treffersicherheit beim Einsatz statistischer Verfahren mit den üblichen Gütekriterien nur sehr begrenzt verbessert wird und bei unkritischem Vorgehen gerade die Rate der „falsch Positiven“ (also fälschlich als weiter gefährlich eingeschätzten Probanden)

ansteigt. Insofern empfohlen Boetticher et al. (2007) in den „Mindestanforderungen für Prognosegutachten“ – dem Stand der wissenschaftlichen Debatte durchaus angemessen –, entsprechende Instrumente nur als hilfreiche Checklisten anzusehen, die besonders wichtige und besonders häufige Risikofaktoren erfassen.

In der Praxis scheint inzwischen, anders als noch vor zwanzig Jahren, durchaus eine Gefahr der Verabsolutierung statistisch-nomothetischer Vorgehensweisen mit besonderer Gewichtung historischer Risikofaktoren gesehen zu werden. Darauf deutet zumindest der differenzierte Appell von Brettel et al. (2018) hin, eine kriminalprognostische Begutachtung müsse dem individuellen Beurteilungsfall gerecht werden und die Zuordnung zu einer Risikogruppe reiche nicht aus (im Grunde eine Selbstverständlichkeit). Von größerer Bedeutung als in früheren Jahren sei es, unterschiedliche Zukunftsszenarien gegeneinander abzuwägen. Prognosemethoden müssten „kontextsensitiv“ sein, und es sei zu bedenken, dass Prognosen sich auch als selbsterfüllende Prophezeiungen auswirken könnten. Aktuell ist eine Überarbeitung der „Mindestanforderungen für Prognosegutachten“ in Vorbereitung. Nedopil (2018) begrüßt dies in einem Kommentar: Vor fünfzehn Jahren sei zu eingeeengt über die optimale Treffsicherheit von Prognosen debattiert worden. Ziel von Risikoeinschätzung und Risikomanagement sei nicht eine möglichst hohe Trefferquote, sondern die Falsifizierung der ungünstigen und die Verifizierung der günstigen Prognose. Prognosen sollten auf die Realität für Prognosen Einfluss nehmen.

## **Die Wirkungen von forensischen Prognosegutachten**

Während die vorstehenden Überlegungen um Fragen des angemessenen methodischen Vorgehens bei Prognosebegutachtungen kreisen, ist das Wissen darüber, welche Wirkungen Prognosegutachten in der Praxis entfalten, eher dürftig.

Wertz et al. (2018) haben in einer aktuellen Studie versucht, die Vorhersagevalidität von Gutachten über Maßregelpatienten in der Praxis zu überprüfen. Gemessen an den „Mindestanforderungen“ ist die Gutachtenqualität ihren Feststellungen nach heterogen geblieben, wobei hinsichtlich der Umsetzung der Standards eine Diskrepanz zwischen universitären Institutionen und externen Gutachtenpraxen bestehe. Die Einhaltung der Mindestanforderungen, so die Autoren, gehe mit einer verbesserten prognostischen Sicherheit einher.

Dieser Feststellung liegen jedoch nur Daten über Patienten zugrunde, die in die Freiheit entlassen wurden. Über deren Bewährung wurden etwa drei Jahre später BZR-Auskünfte eingeholt. Das heißt, das Kriterium der Bewertung der Gutachten war die Rate der „Falsch-

Negativen“: Patienten, die nach günstiger Prognose entlassen worden waren und rückfällig wurden. Man erfährt jedoch naturgemäß nichts über Patienten, deren Unterbringung fort-dauert und die sich – entgegen der ungünstigen Einschätzung – vielleicht bewährt hätten. Indem man gleichsam den Schwellenwert, ab dem eine günstige Einschätzung erfolgt, hin-aufsetzt, wird tendenziell die Rate der „Falsch-Negativen“ gesenkt und die der „Falsch-Positiven“ erhöht (vgl. König, 2010).

Über die Auswirkungen regelmäßiger Begutachtungen auf die Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs kann im Grunde nur spekuliert werden. Pfäfflin (2014a) hatte bezweifelt, dass neue rechtliche Bestimmungen – namentlich regelmäßige externe Begutachtungen von Maßregelpatienten – über eine Zunahme der Gutachtenzahl hinaus die Perspektiven der Untergebrachten verbessern und zu kürzeren Unterbringungszeiten beitragen.

In diesem Zusammenhang ist die etablierte Praxis im Lande Nordrhein-Westfalen beson-ders interessant. Schon bei der Einführung des Maßregelvollzugsgesetzes NW im Jahre 1984 gab es eine Vorschrift über die regelmäßige externe Begutachtung von Patienten (zu-nächst in § 14, jetzt § 16 MRVG-NW: *„(3) Spätestens nach Ablauf von jeweils drei Jahren ist zu überprüfen, ob eine Entlassung der Patientinnen und Patienten angeregt werden kann. Die Patientinnen und Patienten sind durch ärztliche oder nichtärztliche Sachverständige zu begutachten. Diese dürfen nicht für die Einrichtung arbeiten. (...)“*) Diese Vorschrift zielte ausdrücklich darauf ab, unverhältnismäßig lange Unterbringungen zu verhindern. Die Hoffnung schien ja auch durchaus berechtigt, dass der „Blick von außen“ geeignet sein könnte, mit schwierigen Patienten neue Perspektiven zu entwickeln.

Dieses Ziel wurde jedoch nicht erreicht. Schon 2008 wies Dessecker darauf hin, dass in NRW das Verhältnis der Zahl Entlassener zur Zahl untergebrachter Patienten ausgespro-chen ungünstig ist. Dieses Verhältnis betrug im Durchschnitt der von Dessecker (2008, Ta-belle 3.2a) berücksichtigten Bundesländer 1 zu 13.2, in NRW 1 zu 25.1. Auch Traub und Schalast (2017) berichteten über außerordentlich lange Unterbringungszeiten (wobei die NRW-Praxis sehr langer Dauerbeurlaubungen von Patienten vor der definitiven Entlassung nicht berücksichtigt wurde). Auch bei König (2018) zeigt sich beim Vergleich der Kalender-jahre 2005 ( $M = 7.4$  Jahre) und 2010 ( $M = 9.9$  Jahre) ein Anstieg der Unterbringungsauern bis zur Beendigung um +33% der gem. § 63 StGB untergebrachten Patienten.

Pfäfflin (2014b) sah eine Tendenz, dass Gutachter sich von früheren negativen Einschät-zungen erheblich beeinflussen lassen. Gerade Sachverständige, die nicht (mehr) klinisch und therapeutisch mit gestörten Tätern arbeiten, richteten ihre Wahrnehmung eher auf Ri-sikofaktoren, als dass konkrete Perspektiven für Untergebrachte aufgezeigt würden. Stan-



standardisierte Prognoseinstrumente, die in großer Zahl publiziert worden sind, berücksichtigen zumindest überwiegend aktuarische, lebensgeschichtliche Kriterien, die durch therapeutische Bemühungen nicht änderbar sind.

## **Zielsetzung und Forschungsfragen**

Zentrales Projektziel war es, die formale und inhaltliche Qualität externer forensischer Prognosegutachten über Patienten, die gem. § 63 StGB untergebracht sind, anhand eines Mixed-Methods-Ansatzes zu bewerten. Außerdem sollten mögliche Diskrepanzen zwischen den externen Prognosegutachten und den Stellungnahmen der Kliniken gem. § 67 e StGB – insbesondere hinsichtlich diagnostischer und prognostischer Beurteilungen – festgestellt, sowie die Auswirkungen der (diskrepanter) Beurteilungen auf die richterliche Entscheidungsfindung der Strafvollstreckungskammern analysiert werden. Darüber hinaus sollen auch die Stellungnahmen der Kliniken (gem. § 67 e StGB) nach dem Erhalt der externen Prognosegutachten dahingehend analysiert werden, ob und in welchem Ausmaß Prognosegutachten eine Berücksichtigung finden. Es geht in der vorliegenden Arbeit also nicht darum die Vorhersagegüte forensischer Prognosegutachten zu untersuchen, sondern deren inhaltliche Qualität und deren Rezeption durch Kliniken sowie Strafvollstreckungskammern. Hinsichtlich der Qualitätsbeurteilung wurde ein Bewertungsschema entwickelt, welches sich an den von Boetticher et al. (2007) formulierten Mindestanforderungen für Prognosegutachten und den Leitlinien des LB-MRV (2008) orientiert. Die Analyse verspricht Aufschluss darüber, ob und welche Effekte die externen Begutachtungen auf Dauer und Verlauf der Unterbringungen entfalten oder ob sie eher als ein routinemäßiger Verwaltungsakt imponieren, der den Gang der Dinge nicht beeinflusst. Auf der vorliegenden Datenbasis soll zudem eine deskriptive Beschreibung der gem. § 63 StGB unterbrachten Patienten hinsichtlich relevanter klinischer und systemischer Unterbringungsmerkmale (z.B. Unterbringungsdauer, Lockerungsstatus, Altersstruktur, Diagnosegruppen etc.) erfolgen.

Es ergeben sich die folgenden zentralen Forschungsfragen:

- Welche Befunde ergeben sich für forensische Prognosegutachten hinsichtlich der Erfüllung formaler Qualitätskriterien und deren inhaltlichen Umsetzung?
- Welche Merkmale lassen sich identifizieren, die mit der inhaltlichen Qualität forensischer Prognosegutachten in Zusammenhang stehen?
- Wie werden forensische Prognosegutachten in den Stellungnahmen der Kliniken rezipiert?

- Wie gehen Kliniken mit diskrepanten Einschätzungen (hinsichtlich Diagnostik und Prognostik) der forensischen Sachverständigen in ihren Stellungnahmen um?
- Welchen Einfluss haben externe forensische Prognosegutachten und die Stellungnahmen der Kliniken auf die richterliche Entscheidungsfindung der Strafvollstreckungskammern?

Auf der Grundlage der empirischen Befunde sollen Fortbildungsbedarfe für forensische Sachverständige und Richter identifiziert werden, die in Absprache mit dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen im Rahmen einer Informationsveranstaltung einem Fachpublikum vorgestellt werden sollen.

## Methodik

Für das Jahr 2015 wurden dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) sowie der Christophorus-Klinik in Münster 520 forensische Prognosegutachten gem. § 16.3 MRVG NW und 27 Prognosegutachten gem. § 463 StPO gemeldet. In der Grundgesamtheit (N = 547) der im Kalenderjahr 2015 vorliegenden Prognosegutachten erfolgten demnach 4.9% der Gutachtaufträge gem. § 463 StPO und 95.1% gem. § 16.3 MRVG NW. Nach Rücksprache mit dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen wurden alle 27 Gutachten gem. § 463 StPO in die Untersuchungstichprobe eingeschlossen und aus den 520 Gutachten gem. § 16.3 MRVG NW eine Zufallsstichprobe gezogen. Ein von einem Autor der Studie erstelltes Prognosegutachten wurde aus der Zufallsstichprobe ausgeschlossen.

Die in die Untersuchung eingeschlossene Stichprobe der forensischen Prognosegutachten (N = 100) setzte sich wie in Tabelle 2 dargestellt zusammen. Der Gutachtauftrag der eingeschlossenen Prognosegutachten erfolgte somit in 27% ( $n = 27$ ) der Fälle gem. § 463 StPO von der zuständigen Strafvollstreckungskammer und in 73% ( $n = 73$ ) der Fälle gem. § 16.3 MRVG NW von der zuständigen Maßregeleinrichtung. Im Vergleich zur Grundgesamtheit (s.o.) sind die Gutachtaufträge gem. § 463 StPO aufgrund des gewählten Selektionsprozesses überrepräsentiert.

Tabelle 1 Verteilung der Prognosegutachten in der Untersuchungstichprobe

	Gutachtauftrag	Anzahl
<b>LWL</b> ( $n = 39$ )	gem. § 16.3 MRVG NW	25
	gem. § 463 StPO	14
<b>LVR</b> ( $n = 59$ )	gem. § 16.3 MRVG NW	46
	gem. § 463 StPO	13
<b>Christophorus-Klinik Münster</b> ( $n = 2$ )	gem. § 16.3 MRVG NW	2
	gem. § 463 StPO	0

Bemerkung: N = 100.

Für jedes eingeschlossene Prognosegutachten wurden die gem. § 67e StGB erstellten Stellungnahmen der Kliniken, die vor der Begutachtung ( $t_1$ ,  $n = 100$ ) erstellt worden sind hinzugezogen, sowie die Stellungnahmen der Kliniken, die nach der Begutachtung ( $t_2$ ,  $n = 91$ )

erfolgten. In neun Fällen lagen keine Stellungnahmen der Kliniken zu  $t_2$  vor, da die Unterbringung gem. § 63 StGB durch die Strafvollstreckungskammern bereits entweder zur Bewährung ausgesetzt oder erledigt worden war. Darüber hinaus lagen für alle forensischen Prognosegutachten die der Begutachtung folgenden Beschlüsse der Strafvollstreckungskammern vor.

Die in der Behörde des Landesbeauftragten eintreffenden Prognosegutachten, Stellungnahmen und Beschlüsse der Strafvollstreckungskammern wurden von den dortigen Mitarbeitern durch Schwärzen der Klarnamen (auch der forensischen Sachverständigen) pseudonymisiert, indem jedem Gutachten sowie den dazugehörigen Stellungnahmen der Kliniken und der Beschlüsse der Strafvollstreckungskammern ein Zahlencode zugeordnet wurde.

Die den Autoren der Studie zur Verfügung gestellten forensischen Prognosegutachten wurden von ihnen zuerst bezüglich der Patientenpopulation sowie der formalen Qualitätskriterien untersucht. Anschließend wurden die Prognosegutachten anhand eines von den Autoren in Anlehnung an die von Boetticher et al. (2007) und den Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug NRW (2008) formulierten inhaltlichen Qualitätskriterien erstellten, 19 Items umfassenden Erhebungsbogens beurteilt. Abschließend wurden die Übereinstimmungen bzw. Diskrepanzen zwischen den Stellungnahmen der Kliniken und den Prognosegutachten hinsichtlich der diagnostischen Aussagen sowie den Lockerungs- und Entlassempfehlungen erhoben und deren Auswirkungen auf die Beschlüsse der Strafvollstreckungskammern festgestellt.

Die Beurteilung der Prognosegutachten erfolgte durch die vier Autoren der Studie. Dabei wurden zu Beginn vier Gutachten der Stichprobe von allen Autoren beurteilt. Insbesondere Fragen der Operationalisierung sowie Beurteilungstendenzen wurden kritisch diskutiert. Im Verlauf wurden Fragen der Beurteilung während zweier Treffen ausführlich erörtert.

Die Zuordnung aller Gutachtenfälle ( $N = 100$ ) erfolgte dabei zufällig auf die vier Autoren, sodass jeder Autor 25 Prognosegutachten mit den dazugehörigen Stellungnahmen der Kliniken und Beschlüssen der Strafvollstreckungskammern beurteilte.

Die inhaltliche Qualität einer zufällig ausgewählten Teilstichprobe ( $n = 18$ ) der forensischen Prognosegutachten wurde zusätzlich durch Richter an Oberlandesgerichten qualitativ beurteilt und quantitativ anhand einer „Schulnotenskale“ bewertet.

# Ergebnisse

## Stichprobenbeschreibung der gem. § 63 StGB untergebrachten Patienten

In den folgenden Abschnitten werden relevante biographische und kriminologische Merkmale der Patienten, die aus den forensischen Prognosegutachten entnommen wurden, dargestellt.

Insgesamt sind 96% der begutachteten Patienten (N = 100) männlich und somit 4% weiblich. Lediglich 14% der Patienten haben nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Im Mittel waren die Patienten zum Zeitpunkt der Gutachtenerstattung 42.8 Jahre ( $SD = 9.7$ ) alt und die aktuelle Unterbringungsdauer betrug  $M = 10.8$  Jahre ( $SD = 6.8$ ). Zu Beginn ihrer Unterbringung waren 2% Jugendliche ( $< 18$  J.), 5% Heranwachsenden ( $18 < 21$  J.) und 93% Erwachsene ( $\geq 21$  J.).

Für  $n = 90$  Patienten liegen Angaben zu Heimunterbringungen in Kindheit und Jugend vor, davon hatten 26.7% ( $n = 24$ ) Heimerfahrungen. Tabelle 2 fasst die schulischen Qualifikationen der gem. § 63 StGB Untergebrachten zusammen.

Tabelle 2 Schulische Qualifikationen der Patienten

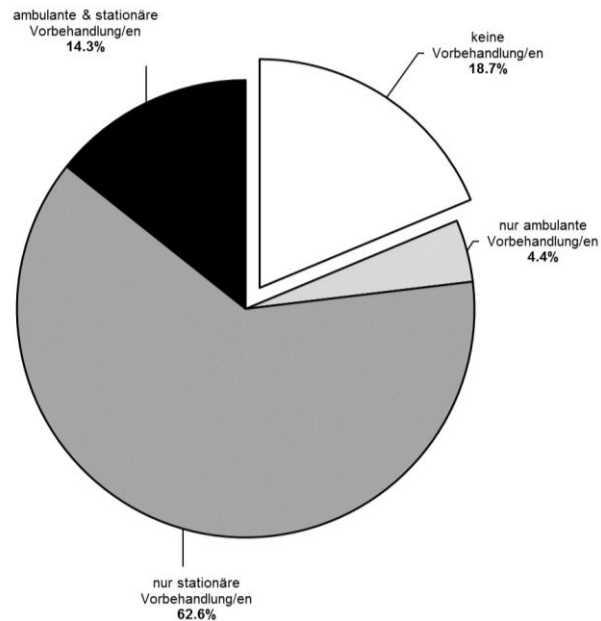
	Kein Schulbesuch	Förderschule	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Gesamt
	1.1% ( $n = 1$ )	32.6% ( $n = 29$ )	40.4% ( $n = 36$ )	15.7% ( $n = 14$ )	10.1% ( $n = 9$ )	$n = 89$
<b>Ohne Abschluss</b>	100% ( $n = 1$ )	79.3% ( $n = 23$ )	47.2% ( $n = 17$ )	7.1% ( $n = 1$ )	44.4% ( $n = 4$ )	51.7% ( $n = 46$ )
<b>Mit Abschluss</b>	-	20.7% ( $n = 6$ )	52.8% ( $n = 19$ )	92.9% ( $n = 13$ )	55.6% ( $n = 5$ )	48.3% ( $n = 43$ )

Bemerkung:  $n = 11$  forensischen Prognosegutachten waren keine Angaben zu schulischen Qualifikationen zu entnehmen.

Informationen zu beruflichen Qualifikationen sind  $n = 92$  Prognosegutachten zu entnehmen. Über eine abgeschlossene Berufsausbildung und/oder einen Hochschulabschluss verfügen 26.1% ( $n = 24$ ) der Patienten. Davon erwarben 70.8% ( $n = 17$ ) ihre beruflichen Qualifikationen in Freiheit und 29.2% ( $n = 7$ ) im Justiz- oder Maßregelvollzug.

Angaben zu allgemeinpsychiatrischen und psychotherapeutischen Vorbehandlungen sind in  $n = 91$  Prognosegutachten vorhanden (s. Abbildung 1). Die Mehrheit der Patienten (81.3%;  $n = 74$ ) war bereits vor ihrer Unterbringung gem. § 63 StGB in ambulanter oder stationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung.

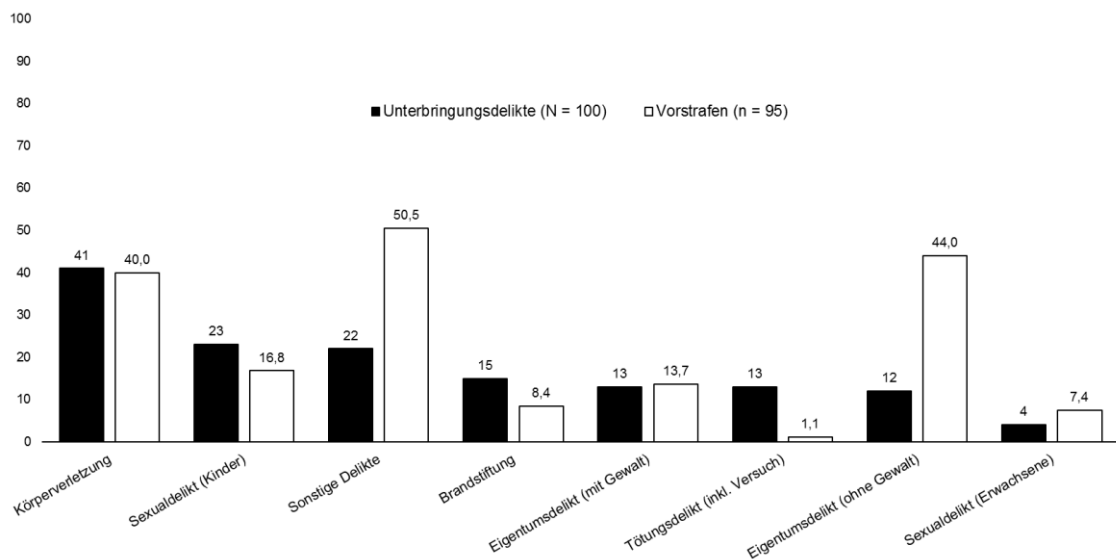
Abbildung 1 Allgemeinpsychiatrische und psychotherapeutische Vorbehandlungen ( $n = 91$ )



Bemerkung:  $n = 9$  Prognosegutachten waren keine Angaben zu Vorbehandlungen zu entnehmen.

In Abbildung 2 wird die prozentuale Verteilung der aktuellen Unterbringungsdelikte und der Vorstrafen der Patienten dargestellt. In der Kategorie „Sonstige Delikte“ werden diverse Straftaten, wie beispielsweise Sachbeschädigung (§ 303 StGB), Beleidigung (§ 185 StGB), Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte (§ 113 StGB) oder Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (§ 29 BtMG) zusammengefasst. Keinerlei Vorstrafen weisen 22.1% ( $n = 21$ ) der  $n = 95$  Patienten auf, für die Angaben aus den Prognosegutachten zur Vordelinquenz zu entnehmen sind. Betrachtet man die Vorstrafenbelastung für die acht Deliktkategorien, so hatten 26.3% ( $n = 25$ ) Vorstrafen aus einer Deliktkategorie, 14.7% ( $n = 14$ ) aus zwei Deliktkategorien, 22.1% ( $n = 21$ ) aus drei Deliktkategorien, 13.7% ( $n = 13$ ) aus vier Deliktkategorien und 1.1% ( $n = 1$ ) aus fünf Deliktkategorien. Insgesamt sind 75.8% ( $n = 72$ ) der Patienten ( $n = 95$ ) durch polytrope Straftaten aus mindestens zwei der in Abbildung 2 dargestellten Deliktkategorien aufgefallen (entweder in der Vorgeschichte und/oder bei den aktuellen Unterbringungsdelikten).

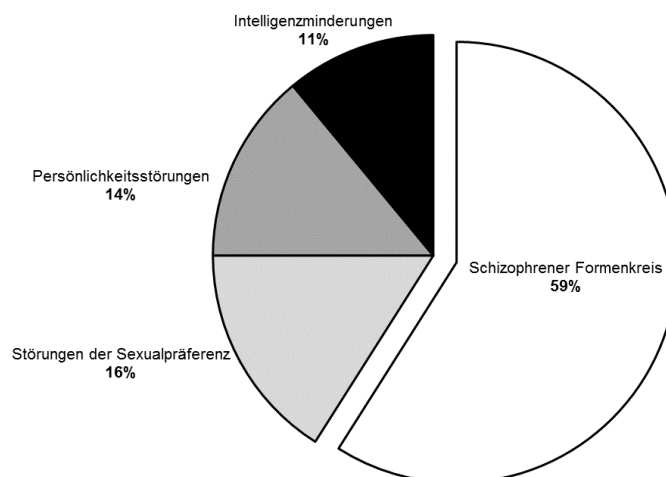
Abbildung 2 Aktuelle Unterbringungsdelikte und Vorstrafen (in %)



Bemerkung: Mehrfachnennung möglich;  $n = 5$  forensischen Prognosegutachten waren keine Angaben über Vordelinquenz oder Vorstrafen zu entnehmen.

In Abbildung 3 werden die Hauptdiagnosen aus den forensischen Prognosegutachten in vier Diagnosegruppen zusammenfassend dargestellt. Hierbei ist zu bedenken, dass häufig komorbide psychische Störungen vorlagen.

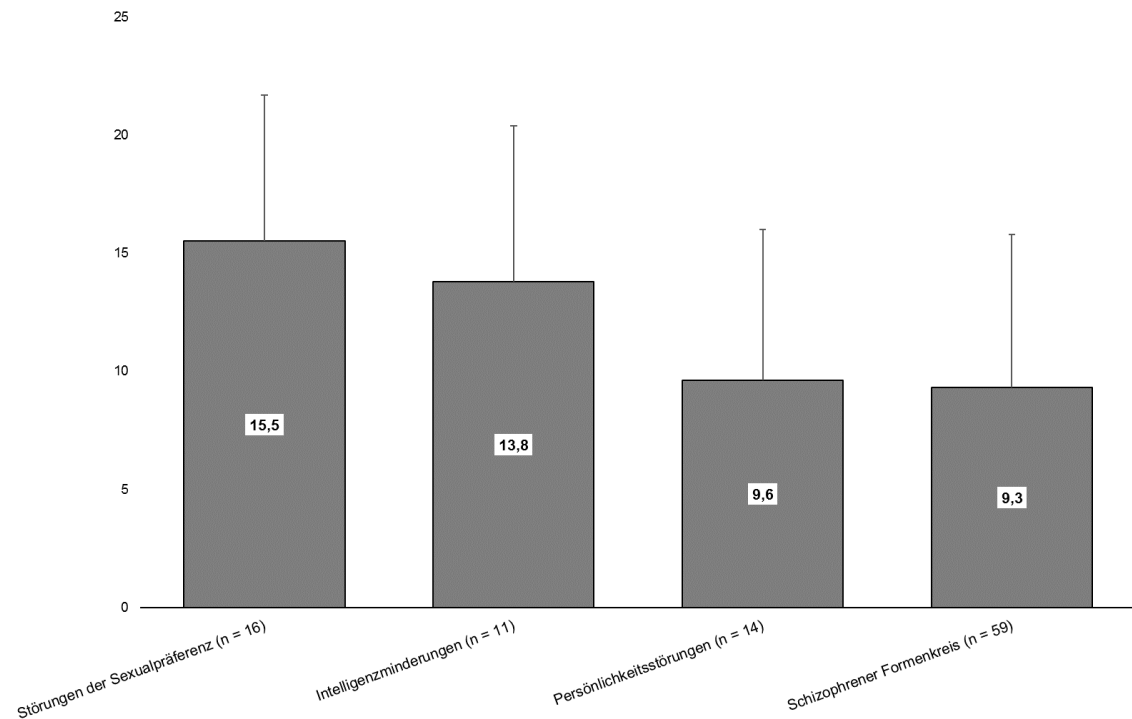
Abbildung 3 Hauptdiagnosen laut forensischer Prognosegutachten (N = 100)



Bemerkung: Im Mittel stellten die Sachverständigen pro Patient  $M = 2.2$  ( $SD = 1.0$ ) psychiatrische Diagnosen.

Hinsichtlich der Unterbringungsdauer ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den vier Diagnosegruppen ( $H(3) = 14.56$ ,  $p < .01$ , s. Abbildung 4).

Abbildung 4 Unterbringungsdauer in Jahren nach Diagnosegruppen (M, SD)



Bemerkung: N = 100; die durchschnittliche Unterbringungsdauer über alle Diagnosegruppen beträgt  $M = 10.8$  Jahre ( $SD = 6.8$ ).

In Tabelle 3 wird mit Hilfe des Mann-Whitney-Tests überprüft, welche statistisch signifikanten Unterschiede sich hinsichtlich der aktuellen Unterbringungsdauer zwischen den vier Diagnosegruppen ergeben. Hierbei zeigt sich, dass insbesondere Patienten mit Störungen der Sexualpräferenz im Vergleich zu Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis statistisch signifikant im Mittel deutlich längere Unterbringungsdauern aufweisen.

Tabelle 3 Vergleich der vier Diagnosegruppen hinsichtlich der aktuellen Unterbringungsdauer

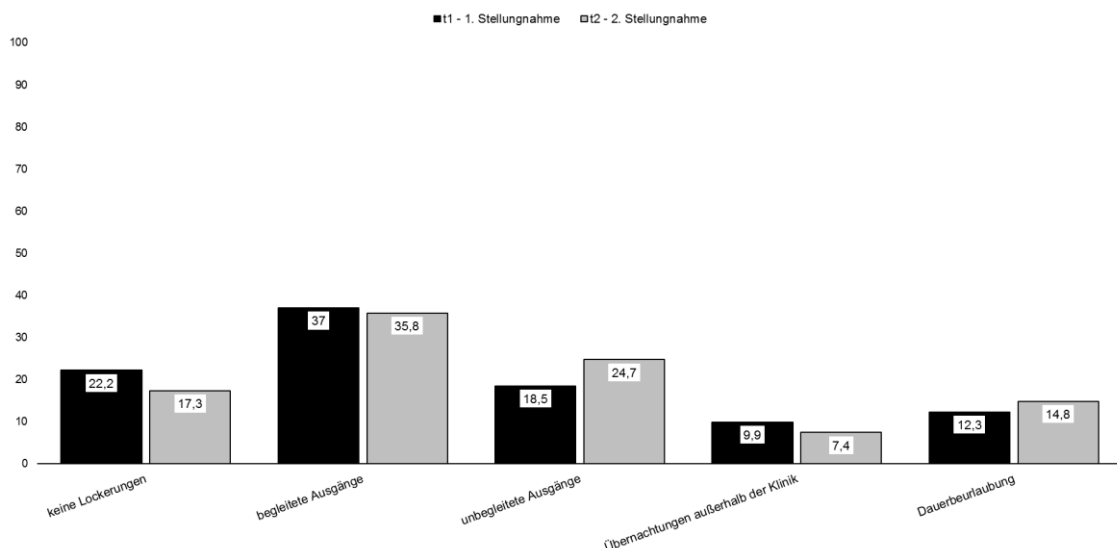
Diagnosegruppen	Mann-Whitney Test
„Persönlichkeitsstörungen“ vs. „Intelligenzminderungen“	$U = 48, ES_r = .32, p = .111$
„Persönlichkeitsstörungen“ vs. „Schizophrener Formenkreis“	$U = 398.5, ES_r = .02, p = .838$
„Schizophrener Formenkreis“ vs. „Intelligenzminderungen“	$U = 191, ES_r = .26, p = .03$
„Störungen der Sexualpräferenz“ vs. „Intelligenzminderungen“	$U = 73, ES_r = .14, p = .46$
„Störungen der Sexualpräferenz“ vs. „Schizophrener Formenkreis“	$U = 211.5, ES_r = .39, p < .001$
„Störungen der Sexualpräferenz“ vs. „Persönlichkeitsstörungen“	$U = 53.5, ES_r = .45, p = .015$

Bemerkung:  $ES_r$  (Effektstärke); Nach Bonferroni-Korrektur können  $p$ -Werte kleiner .008 als statistisch signifikant ( $\alpha = .05$ ) betrachtet werden.



Betrachtet man den Lockerungsstatus laut der ersten und zweiten Stellungnahme der Kliniken (gem. § 67e StGB; s. Abbildung 5), dann wird deutlich, dass Patienten zum Messzeitpunkt  $t_2$  (2. Stellungnahme) eine statistisch signifikante geringfügig höhere Lockerungsstufe erreicht hatten als zum Messzeitpunkt  $t_1$  (1. Stellungnahme;  $z = -2.59$ ,  $p < .01$ ,  $r = -.29$  „geringe Effektstärke“). Ausgeschlossen wurden alle Patienten, bei denen zum 2. Messzeitpunkt die Maßregel bereits zur Bewährung ausgesetzt (12%,  $n = 12$ ) oder erledigt (2%,  $n = 2$ ) worden war. Ebenso ausgeschlossen wurden alle Patienten, bei denen in den Stellungnahmen der Kliniken keine Angaben zum Lockerungsstatus ( $n = 5$ ) zu entnehmen waren. Bei insgesamt 72.8% ( $n = 59$ ) der Patienten ( $n = 81$ ) zeigten sich keine Veränderungen hinsichtlich des Lockerungsstatus zwischen  $t_1$  und  $t_2$ , 23.5% ( $n = 19$ ) erreichten eine höhere Lockerungsstufe und 3.7% ( $n = 3$ ) fielen zurück auf eine niedrigere Lockerungsstufe. Zwischen der Unterbringungsdauer zum Zeitpunkt der Begutachtung und dem erreichten Lockerungsstatus ergibt sich keinerlei korrelativer Zusammenhang ( $r = .05$ ,  $p = .63$ ,  $n = 99$ ). Ebenso zeigt sich keinerlei korrelativer Zusammenhang ( $r = -.08$ ,  $p = .43$ ,  $N = 100$ ) zwischen der Unterbringungsdauer und einer Beendigung der Maßregel (i.S. einer Aussetzung zur Bewährung  $n = 12$  oder Erledigung  $n = 2$ ).

Abbildung 5 Lockerungsstatus 1. und 2. Stellungnahme gem. §§ 67d Abs. 2, 67e StGB (in %)



*Bemerkung:*  $n = 81$ ; Ausgeschlossen wurden alle Patienten für die „keine Angaben“ zum Lockerungsstatus in der 1. oder 2. Stellungnahme vorlagen  $n = 5$ , sowie alle Patienten, deren Unterbringung zu  $t_2$  bereits beendet war  $n = 14$ .

Zwischen den beiden Landschaftsverbänden in NRW zeigen sich deutlich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Modalitäten, nach denen Patienten gem. § 63 StGB untergebracht werden ( $X^2(1) = 26.43$ ,  $p < .01$ ). Im LVR werden nahezu alle Unterbringungen in einer Maßregelvollzugsklinik vollzogen, wohingegen im LWL Patienten zu etwa gleichen

Anteilen in der Allgemeinpsychiatrie oder einer Maßregelvollzugsklinik untergebracht sind (s. Tabelle 4).

**Tabelle 4** Unterbringungsmodalitäten in den Landschaftsverbänden ( $n = 98$ )

	<b>LVR</b> 60.2% ( $n = 59$ )	<b>LWL</b> 39.8% ( $n = 39$ )	<b>Gesamt</b> $n = 98$
<b>Maßregelvollzugsklinik</b>	96.6% ( $n = 57$ )	53.8% ( $n = 21$ )	79.6% ( $n = 78$ )
<b>Allgemeinpsychiatrie</b>	3.4% ( $n = 2$ )	46.2% ( $n = 18$ )	20.4% ( $n = 20$ )

*Bemerkung:*  $n = 2$  Patienten befanden sich in der Christophorus Klinik Münster und blieben in der Kreuztabelle unberücksichtigt.

Die Verteilung der vier Diagnosegruppen auf die Unterbringungsbedingungen in den Landschaftsverbänden wird deskriptiv in Tabelle 5 dargestellt.

**Tabelle 5** Verteilung der Diagnosegruppen in den beiden Landschaftsverbänden ( $n = 98$ )

<b>Diagnosegruppen</b>	<b>LVR</b>			<b>LWL</b>		
	AP ( $n = 2$ )	MRV ( $n = 57$ )	Gesamt ( $n = 59$ )	AP ( $n = 18$ )	MRV ( $n = 21$ )	Gesamt ( $n = 39$ )
Schizophrener Formenkreis	50% ( $n = 1$ )	61% ( $n = 35$ )	61% ( $n = 36$ )	67% ( $n = 12$ )	52% ( $n = 11$ )	59% ( $n = 23$ )
Störungen der Sexualpräferenz	50% ( $n = 1$ )	16% ( $n = 9$ )	17% ( $n = 10$ )	-	24% ( $n = 5$ )	13% ( $n = 5$ )
Persönlichkeitsstörungen	-	11% ( $n = 6$ )	10% ( $n = 6$ )	28% ( $n = 5$ )	14% ( $n = 3$ )	21% ( $n = 8$ )
Intelligenzminderungen	-	12% ( $n = 7$ )	12% ( $n = 7$ )	6% ( $n = 1$ )	10% ( $n = 2$ )	8% ( $n = 3$ )

*Bemerkung:*  $n = 2$  Patienten (jeweils einmal „Intelligenzminderung“ und „Störung der Sexualpräferenz“) befanden sich in der Christophorus Klinik Münster und blieben in der Kreuztabelle unberücksichtigt; AP = Allgemeinpsychiatrie; MRV = Maßregelvollzugsklinik.

### **Kernmerkmale der forensischen Prognosegutachten**

Bei 20.8% ( $n = 20$ ) handelte es sich um psychologische Sachverständige und bei 79.2% ( $n = 76$ ) um psychiatrische Sachverständige. Vier Prognosegutachten war die Profession des/der Sachverständigen nicht zu entnehmen.

In Tabelle 6 werden deskriptive Ergebnisse zu in der Literatur empfohlenen formalen Qualitätskriterien für forensische Prognosegutachten (z.B. Boetticher et al., 2007; Der Landes-

beauftragte für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen, 2008) dargestellt. Darüber hinaus wird die durchschnittliche Anzahl der Wörter angegeben, sofern das formale Kriterium erfüllt wurde. Ebenso wird der durchschnittliche relative Anteil der Wörter im Verhältnis zum Gesamtgutachten angegeben.

*Tabelle 6* Erfüllung der formalen Qualitätskriterien für forensische Prognosegutachten

	Formales Kriterium erfüllt (ja)	Anzahl der Wörter	Relativer An- teil
	%	<i>M (SD)</i>	%
Länge Gesamtgutachten	-	10661 (7584)	-
1 Angaben zum Ort der Exploration	95	-	-
2 Inhaltsverzeichnis	62	-	-
3 Darstellung der gutachterlichen Fragestellung	86	47 (41)	0.44
4 Angaben zur Aufklärung des Probanden	87	52 (34)	0.48
5 Zusammenfassende Darstellung der Aktenlage	100	3979 (4086)	37.32
6 Fremdanamnese (mit Klinikpersonal)	78	359 (286)	3.44
7 Familienanamnese	53	125 (202)	1.07
8 Biografische Anamnese	73	473 (449)	4.06
9 Psychiatrische Anamnese	42	183 (176)	1.57
10 Suchtanamnese	64	147 (180)	1.38
11 Sexualanamnese	51	352 (444)	2.60
12 Delinquenzentwicklung	44	224 (343)	1.77
13 Angaben des Probanden zum Unterbringungsdelikt	74	288 (299)	2.40
14 Psychischer Befund	93	329 (213)	3.26
15 Körperlicher / Neurologischer Befund	9	73 (37)	0.62
16 Psychologische Testdiagnostik	16	1251 (1535)	8.02
17 Standardisierte Prognoseverfahren	39	609 (482)	4.91
18 Stellungnahme zum Vorliegen der Eingangsmerkmale der §§ 20, 21 StGB	12	110 (219)	0.88
19 Diagnostische Beurteilung	100	487 (601)	4.57
20 Prognostische Beurteilung (insgesamt):	97	1204 (1318)	11.10
21 <i>Behandlungsprognose</i>	67	257 (238)	2.31
22 <i>Sozialprognose</i>	73	161 (161)	1.39
23 <i>Kriminalprognose</i>	83	264 (320)	2.39

*Bemerkung:* N = 100; die durchschnittliche Anzahl der Wörter und der relative Anteil am Gesamtgutachten wurden nur für die Prognosegutachten bestimmt, für die das entsprechende Kriterium erfüllt wurde; zur Explorationsdauer lagen in 47 Gutachten Angaben vor, wobei 4 Probanden die Exploration abgelehnt haben. Die durchschnittliche Explorationsdauer beträgt  $M = 3.2$  Std. ( $SD = 2.5$ ) Min. 0.5 Std. und Max. 14 Std. Da die Angemessenheit der Explorationsdauer vom Einzelfall abhängt, haben wir dieses Kriterium qualitativ beurteilt s. Item 4 Abbildung 7; zu 17 „Standardisierte Prognoseverfahren“: Hier wurden nur Prognoseinstrumente berücksichtigt, die die Bestimmung eines konkreten Risikogrades (z.B. STATIC-99 oder HCR-20) erlauben. Unberücksichtigt blieb beispielsweise die sogenannte „Dittmann-Liste“.

Da sich standardisierte Prognoseinstrumente (vgl. Tabelle 6, Item 17) besonders in der Forschung, aber auch in der Praxis einer großen Beliebtheit (Brown & Singh, 2014) erfreuen, soll in den folgenden Absätzen näher auf einige qualitative und quantitative Aspekte

bei den vorliegenden forensischen Prognosegutachten eingegangen werden. Unter standardisierten Prognoseinstrumente fallen in dieser Arbeit alle Verfahren, die die Bestimmung eines Risikoscores oder -grades erlauben (z.B. 10% oder „gering“, „moderat“, „hoch“).

Die häufigste Anwendung finden standardisierte Prognoseinstrumente in den Diagnosegruppen „Störungen der Sexualpräferenz“ (68.8% von  $n = 16$ ) und „Intelligenzminderungen“ (63.6% von  $n = 11$ ). In den anderen beiden Diagnosegruppen „Schizophrener Formenkreis“ (28.8% von  $n = 59$ ) und „Persönlichkeitsstörungen“ (28.6% von  $n = 14$ ) werden standardisierte Prognoseinstrumente durch forensische Sachverständige vergleichsweise selten eingesetzt.

Wenn standardisierte Prognoseinstrumente zur Anwendung kamen, dann handelte es sich vor allem um den HCR-20 (in 17 Prognosegutachten), die PCL-R (in 14 Prognosegutachten) und den SVR-20 (in 9 Prognosegutachten). Neben einem angemessenen Einsatz des HCR-20 und des SVR-20 finden sich in der Anwendung dieser beiden Instrumente in etwa einem Viertel der Fälle ausschließlich Verweise auf den jeweiligen Gesamtscore, der der prognostischen Beurteilung zugrunde gelegt wird. Dabei bleibt unbeachtet, dass eine solche Vorgehensweise den Angaben im jeweiligen Handbuch nicht entspricht. Hier heißt es zum Beispiel für den HCR-20:

*„Es besteht natürlich die Gefahr, dass Beurteilungen ausschließlich auf die Zahl der eindeutig belegbaren Risikofaktoren begründet werden. Vor einer solch einfachen Sichtweise muss gewarnt werden, da sicher kein linearer Zusammenhang zwischen der Zahl zutreffender Merkmale und Gefährlichkeit besteht. Das Gewaltisiko scheint eher durch eine spezifische Kombination bestimmter Risikofaktoren zu steigen.“* (S. 14)

In keinem der Gutachten findet sich die Weiterentwicklung des SVR-20, das RSVP (The Risk for Sexual Violence Protocol; Hart, Kropp, & Laws, 2008), das explizit auf die Relevanz einzelner Prädiktoren und insbesondere auf das Risikomanagement in der jeweiligen Gesamtbeurteilung fokussiert und damit mögliche Hinweise auf die Ausgestaltung des sozialen Empfangsraums geben kann.

Bei der Anwendung des VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) (in 6 Gutachten) wird die Rückfallwahrscheinlichkeit anhand der amerikanischen Normen aus der Arbeit von Quinsey Harris, Rice und Cormier (1998) bestimmt. Trotz einiger weniger Replikationsstudien aus der Schweiz und Deutschland ist es fraglich, ob diese Normen auch für die Population der im deutschen Maßregelvollzug untergebrachten Patienten Geltung beanspruchen dürfen (s. auch BGH-Beschl. v. 22.07.2010, 3 StR 169/10).

Neben standardisierten Prognoseinstrumenten wurde in 36 Gutachten (auch) auf die sogenannte Dittmann-Liste (Dittmann, 2000), eine Zusammenstellung etablierter Kriterien zur

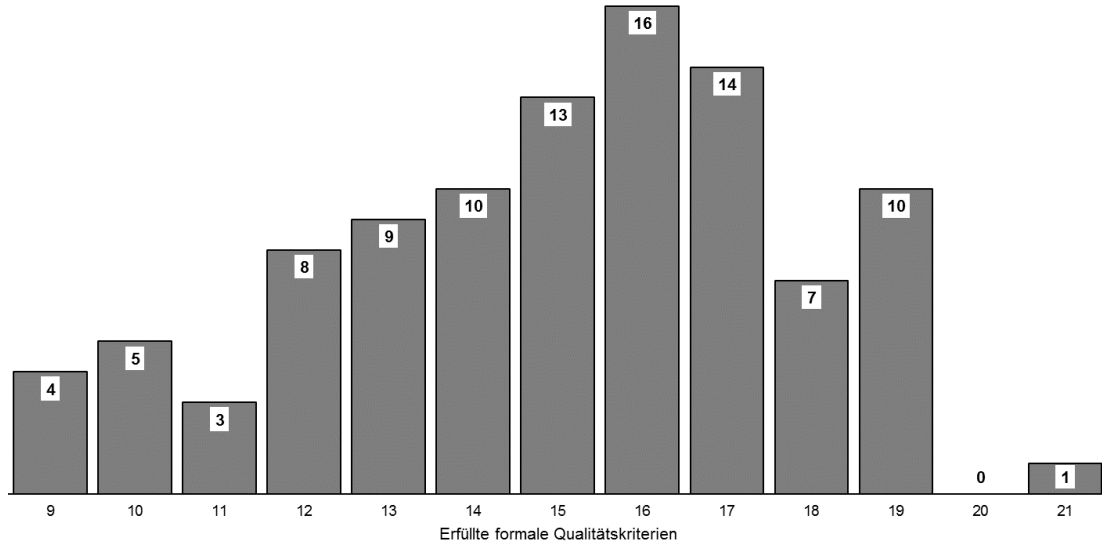
Beurteilung der Rückfallgefahr (12 Kriterienbereiche mit 84 Items), Bezug genommen. Bei der Dittmann-Liste handelt es sich nach den Kriterien der vorliegenden Arbeit nicht um ein standardisiertes Prognoseverfahren, da sie keine Bestimmung eines Risikoscores oder -grades erlaubt. In der Anwendung dieses Prognoseinstrumentes lassen sich grob drei Gruppen unterscheiden:

- In 16 Gutachten wird darauf verwiesen, dass die Beurteilung der Rückfallgefahr in Anlehnung an die Dittmann-Liste erfolgt, häufig auch einhergehend mit dem Verweis auf die Kriterien der ILRV (Integrierte Liste der Risiko Variablen, Nedopil, 2000). Anschließend wird in der Regel die Rückfallgefahr anhand der Dimensionen Delinquenzanalyse, postdeliktische Entwicklung, aktueller Persönlichkeitsquerschnitt und Perspektive/sozialer Empfangsraum in unterschiedlicher Ausführlichkeit erörtert. Die Kriterienbereiche der Dittmann-Liste werden aber nicht stringent abgearbeitet.
- In einer weiteren Gruppe (7 Gutachten) erfolgt zwar eine systematische Auseinandersetzung mit den Kriterienbereichen, indem die günstigen und ungünstigen Kriterien benannt werden. Eine ausführliche Diskussion der Kriterien unter Aspekten der Relevanz für den zu beurteilenden Einzelfall erfolgt aber nicht. Manchmal werden die genannten Kriterien in einem Satz zu einer ungünstigen oder günstigen Prognose zusammengefasst, ohne dass hervorgeht, welche der genannten Kriterien im Einzelfall besonders gewichtet wurden. In zwei Gutachten war lediglich eine Kopie der Liste mit den angekreuzten Kriterien enthalten.
- In einer letzten Gruppe von 13 Gutachten findet sich eine differenzierte, ausführliche und auf den Einzelfall bezogene Diskussion der einzelnen Kriterien. In einigen Fällen strukturiert die Anwendung der Dittmann-Liste die prognostische Beurteilung derart, dass alle verfügbaren Informationen aus den Akten, den Befunden und den Ergebnissen der Exploration im Rahmen einer differenzierten und kritischen Erörterung unter den einzelnen Kriterienbereichen zusammengefasst werden. Dabei werden mehrheitlich auch andere standardisierte Prognoseinstrumente in die Beurteilung einbezogen.

Fasst man die quantitativen Befunde zu nicht-standardisierten (i.S. der Dittmann-Liste) und standardisierten Prognoseverfahren zusammen, so wurden in 22% der forensischen Prognosegutachten (N = 100) ausschließlich standardisierte Prognoseinstrumente eingesetzt, in 17% die Dittmann-Liste und mindestens ein standardisiertes Prognoseinstrument, in 19% ausschließlich die Dittmann-Liste und in 42% kein Prognoseverfahren.

In Abbildung 6 wird die Anzahl der erfüllten formalen Qualitätskriterien dargestellt (vgl. Tabelle 6). Durchschnittlich erfüllten die forensischen Prognosegutachten  $M = 15.0$  ( $SD = 2.8$ ; Min. = 9 – Max. = 21) der 23 formalen Qualitätskriterien.

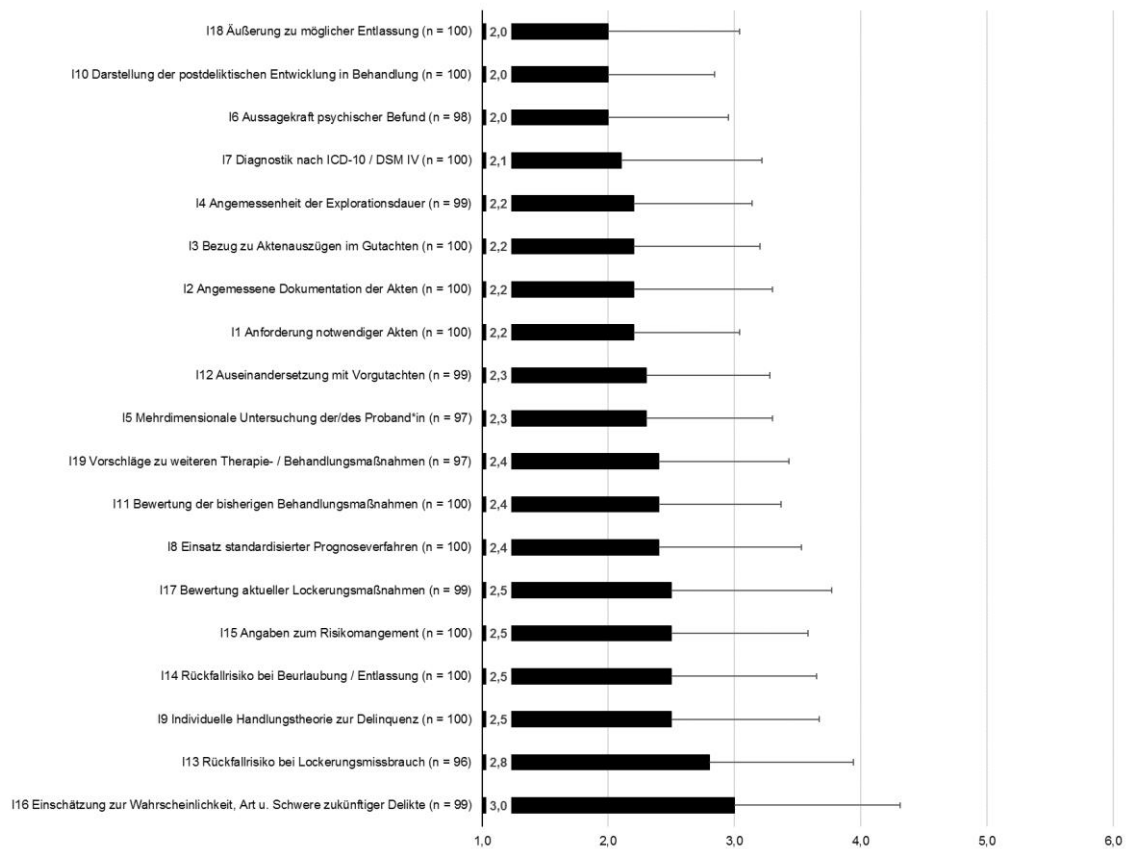
Abbildung 6 Anzahl der erfüllten formalen Qualitätskriterien (in %)



*Bemerkung:* N = 100; Maximal konnten 23 formale Qualitätskriterien erfüllt werden; etwa die Hälfte der Prognosegutachten erfüllte  $Q_{.25} = 13$  bis  $Q_{.75} = 17$  formale Qualitätskriterien.

Alle N = 100 forensischen Prognosegutachten wurden anhand 19 ausgewählter Qualitätskriterien durch die Autoren bewertet (s. Abbildung 7). Die Prognosegutachten wurden dabei zufällig auf die vier Autoren aufgeteilt, sodass jeder Autor eine Teilstichprobe von  $n = 25$  Gutachtenfällen beurteilte. Vergleicht man die durchschnittlichen Bewertungen der 19 ( $k$ ) Items aller vier Autoren mit Hilfe des Kruskal-Wallis-Tests und setzt man das Signifikanzniveau auf  $\alpha = .05$ , dann ergeben sich nach Bonferroni-Korrektur ( $p^* = p_i \times k$ ) für keines der Items (I1 bis I19) statistisch signifikante Unterschiede zwischen den vier Autoren (I1  $X^2(3) = 13.12$ ,  $p^* = .08$ ; I2  $X^2(3) = 6.65$ ,  $p^* > 1$ ; I3  $X^2(3) = 3.94$ ,  $p^* > 1$ ; I4  $X^2(3) = 14.08$ ,  $p^* = .06$ ; I5  $X^2(3) = 0.93$ ,  $p^* > 1$ ; I6  $X^2(3) = 8.71$ ,  $p^* = .63$ ; I7  $X^2(3) = 5.25$ ,  $p^* > 1$ ; I8  $X^2(3) = 4.57$ ,  $p^* > 1$ ; I9  $X^2(3) = 11.01$ ,  $p^* = .23$ ; I10  $X^2(3) = 3.73$ ,  $p^* > 1$ ; I11  $X^2(3) = 9.81$ ,  $p^* = .38$ ; I12  $X^2(3) = 12.01$ ,  $p^* = .13$ ; I13  $X^2(3) = 5.57$ ,  $p^* > 1$ ; I14  $X^2(3) = 6.76$ ,  $p^* > 1$ ; I15  $X^2(3) = 8.94$ ,  $p^* = .57$ ; I16  $X^2(3) = 9.86$ ,  $p^* = .38$ ; I17  $X^2(3) = 2.79$ ,  $p^* > 1$ ; I18  $X^2(3) = 9.45$ ,  $p^* = .46$ ; I19  $X^2(3) = 5.69$ ,  $p^* > 1$ ). Da die Prognosegutachten zufällig auf die Autoren verteilt wurden, kann eine hinreichende Interrater-Reliabilität angenommen werden.

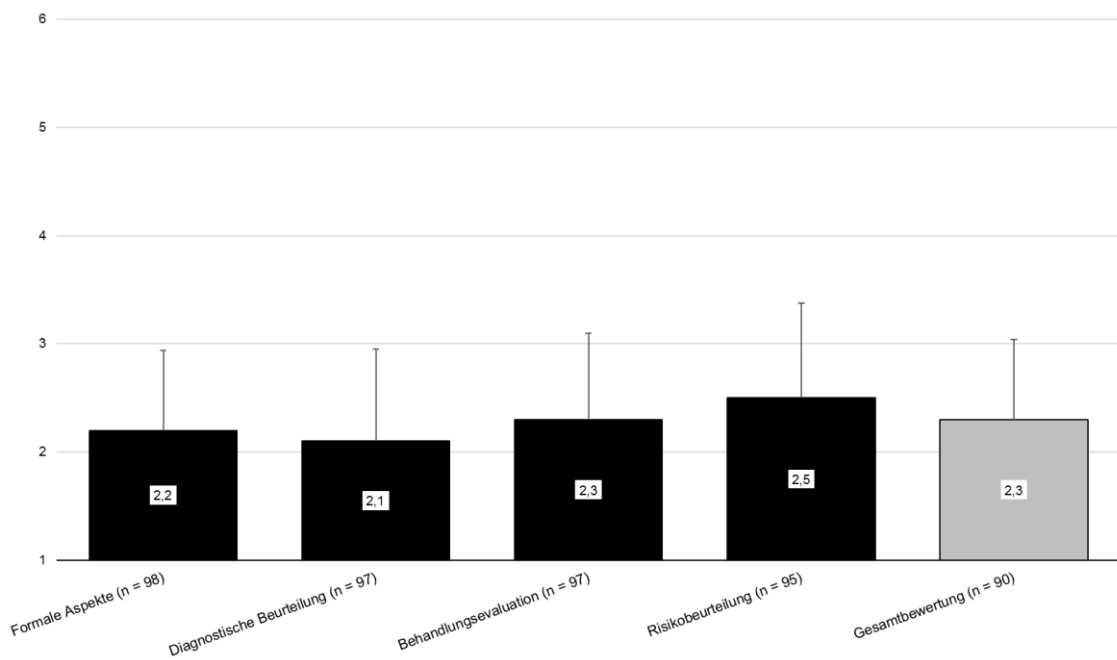
Abbildung 7 Bewertung der Umsetzung der inhaltlichen Qualitätskriterien (M, SD)



*Bemerkung:* Die Bewertung erfolgte auf einer 6-stufigen Skala anhand von Schulnoten („sehr gut“ bis „ungenügend“); Es konnten nicht immer alle Qualitätsmerkmale in den Gutachten bewertet werden, da Probanden beispielsweise die Exploration abgebrochen haben oder es sich lediglich um ein kurzes Ergänzungsgutachten handelte.

Abbildung 8 stellt zusammenfassend vier Qualitätsaspekte der forensischen Prognosegutachten dar. Aus den Einzelitems (I1 bis I19) wurden die folgenden vier Qualitätsskalen gebildet: „Formale Aspekte“ (I1, I2, I3, I4, I12), „Diagnostische Beurteilung“ (I5, I6, I7), „Behandlungsevaluation“ (I10, I11, I19) und „Risikobeurteilung“ (I8, I9, I13, I14, I15, I16, I17, I18). Aus den vier Qualitätsskalen wurde wiederum die durchschnittliche „Gesamtbewertung“ für die Prognosegutachten bestimmt (s. Abbildung 8).

Abbildung 8 Bewertung der vier inhaltlichen Qualitätsskalen der Prognosegutachten (M, SD)



*Bemerkung:* Die Bewertung erfolgte auf einer 6-stufigen Skala anhand von Schulnoten („sehr gut“ bis „ungenügend“); Es konnten nicht für alle Prognosegutachten Werte für die einzelnen Qualitätsskalen bestimmt werden, da Probanden beispielsweise die Exploration abgebrochen oder es sich lediglich um ein kurzes Ergänzungsgutachten handelte.

Zwischen den vier inhaltlichen Qualitätsskalen ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede ( $X^2(4) = 53.04, p < .001$ ). Im Vergleich zu den Skalen „Formale Aspekte“, „Diagnostische Beurteilung“ und „Behandlungsevaluation“ fällt die inhaltliche Bewertung der Skala „Risikobeurteilung“ statistisch signifikant negativer aus (s. Tabelle 7). Darüber hinaus fällt die die inhaltliche Bewertung der „Behandlungsevaluation“ statistisch signifikant negativer aus als die Bewertung der Skala „Diagnostische Beurteilung“.

Tabelle 7 Vergleich der Bewertungen der vier inhaltlichen Qualitätsskalen

Inhaltliche Qualitätsskalen	Wilcoxon Test
„Risikobeurteilung“ vs. „Formale Aspekte“	$z = 4.41, ES_r = .46, p < .0001$
„Risikobeurteilung“ vs. „Diagnostische Beurteilung“	$z = 5.60, ES_r = .58, p < .0001$
„Risikobeurteilung“ vs. „Behandlungsevaluation“	$z = 3.66, ES_r = .38, p < .001$
„Formale Aspekte“ vs. „Diagnostische Beurteilung“	$z = 2.21, ES_r = .23, p = .03$
„Formale Aspekte“ vs. „Behandlungsevaluation“	$z = 1.60, ES_r = .16, p = .11$
„Diagnostische Beurteilung“ vs. „Behandlungsevaluation“	$z = 2.80, ES_r = .29, p = .005$

*Bemerkung:*  $ES_r$  (Effektstärke); nach Bonferroni-Korrektur können  $p$ -Werte kleiner .008 als statistisch signifikant ( $\alpha = .05$ ) betrachtet werden.



Es ergeben sich zudem statistisch signifikante jedoch geringe negative Korrelationen ( $r = -.21$ ,  $p < .05$ ;  $n = 90$ ) zwischen der inhaltlichen „Gesamtbewertung“ der Prognosegutachten und der Anzahl der erfüllten formalen Qualitätskriterien (vgl. Abbildung 6), sowie zwischen der inhaltlichen Bewertung der „Formalen Aspekte“ ( $r = -.24$ ,  $p < .05$ ;  $n = 98$ ). Für die verbleibenden drei Qualitätsskalen „Diagnostische Beurteilung“ ( $r = -.19$ ,  $p = .06$ ;  $n = 97$ ), „Behandlungsevaluation“ ( $r = -.09$ ,  $p = .39$ ;  $n = 97$ ) und „Risikobeurteilung“ ( $r = -.09$ ,  $p = .40$ ;  $n = 95$ ) zeigen sich dagegen keine statistisch signifikanten korrelativen Zusammenhänge.

In den folgenden Abschnitten sollen Zusammenhänge zwischen der Qualität der forensischen Prognosegutachten und möglichen relevanten Einflussfaktoren betrachtet werden.

### *Diagnosegruppen*

Vergleicht man die vier Qualitätsskalen „Formale Aspekte“ ( $X^2(3) = 4.23$ ,  $p = .24$ ;  $n = 98$ ), „Diagnostische Beurteilung“ ( $X^2(3) = 1.37$ ,  $p = .71$ ;  $n = 97$ ), „Behandlungsevaluation“ ( $X^2(3) = 1.81$ ,  $p = .61$ ;  $n = 97$ ), „Risikobeurteilung“ ( $X^2(3) = 2.15$ ,  $p = .54$ ;  $n = 95$ ) sowie die „Gesamtbewertung“ ( $X^2(3) = 1.97$ ,  $p = .58$ ;  $n = 90$ ) mit den vier Diagnosekategorien (s. Abbildung 3), so ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in der inhaltlichen Bewertung durch die Autoren. Das heißt, die inhaltliche Qualität der Prognosegutachten scheint sich nicht in Abhängigkeit von den durch die Sachverständigen gestellten Diagnosen zu unterscheiden.

### *Unterbringungsdauer*

Es zeigen sich statistisch signifikante jedoch geringe korrelative Zusammenhänge zwischen der aktuellen Unterbringungsdauer der Patienten und den Qualitätsskalen „Formale Aspekte“ ( $r = -.27$ ,  $p < .01$ ;  $n = 98$ ), „Risikobeurteilung“ ( $r = -.22$ ,  $p < .05$ ;  $n = 95$ ) und der „Gesamtbewertung“ ( $r = -.22$ ,  $p < .05$ ;  $n = 90$ ). Keine statistisch signifikanten Zusammenhänge ergeben sich hingegen für die Skalen „Diagnostische Beurteilung“ ( $r = -.12$ ,  $p = .23$ ;  $n = 97$ ) und „Behandlungsevaluation“ ( $r = -.17$ ,  $p = .09$ ;  $n = 97$ ) und die Anzahl erfüllter formaler Qualitätskriterien ( $r = -.11$ ,  $p = .27$ ;  $N = 100$ ).

### *Lockerungsstatus*

Es ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den fünf Lockerungsstufen laut erster Stellungnahme der Klinik (s. Tabelle 8) und den inhaltlichen Qualitätsskalen („Formale Aspekte“ ( $X^2(4) = 5.61, p = .23; n = 97$ ), „Diagnostische Beurteilung“ ( $X^2(4) = 0.48, p = .98; n = 96$ ), „Behandlungsevaluation“ ( $X^2(4) = 5.81, p = .21; n = 96$ ), „Risikobeurteilung“ ( $X^2(4) = 7.03, p = .14; n = 94$ ), „Gesamtbewertung“ ( $X^2(4) = 6.75, p = .15; n = 89$ )). Auch für die Anzahl erfüllter formaler Qualitätskriterien zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede ( $X^2(4) = 1.25, p = .87; n = 99$ ).

### *Auftraggeber der forensischen Prognosegutachten*

Vergleicht man die forensischen Prognosegutachten, die gem. § 16.3 MRVG-NRW ( $M = 2.6, SD = 0.9, n = 71$ ) mit denen die gem. § 463 StPO ( $M = 2.2, SD = 0.7, n = 24$ ) in Auftrag gegeben wurden, so ergibt sich auf der Qualitätsskala „Risikobeurteilung“ ein statistisch signifikanter Unterschied in der durchschnittlichen Bewertung durch die Autoren ( $z = -2.04, p < .05, ES_r = -.20, n = 95$ ). Für alle verbleibenden Qualitätsskalen und die Anzahl erfüllter formaler Qualitätskriterien zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede („Formale Aspekte“  $z = -1.09, p = .27, n = 98$ ; „Diagnostische Beurteilung“  $z = -0.95, p = .34, n = 97$ ; „Behandlungsevaluation“  $z = -1.44, p = .15, n = 97$ ; Gesamtbewertung ( $z = -1.93, p = .05, n = 90$ ; Anzahl erfüllter formaler Qualitätskriterien  $z = -1.36, p = .17, n = 100$ ).

### *Umfang der forensischen Prognosegutachten*

Es ergibt sich ein hoch signifikanter moderater korrelativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der erfüllten formalen Qualitätskriterien (s. Tabelle 6) und dem Umfang der forensischen Prognosegutachten (i.S. der Gesamtwortzahl;  $r = .41, p < .001, N = 100$ ). Dagegen scheint der Umfang nicht mit der inhaltlichen Qualität der Prognosegutachten in Zusammenhang zu stehen („Formale Aspekte“  $r = -.01, p = .85, n = 98$ ; „Diagnostische Beurteilung“  $r = -.05, p = .60, n = 97$ ; „Behandlungsevaluation“  $r = -.08, p = .45, n = 97$ ; „Risikobeurteilung“  $r = -.16, p = .13, n = 95$ ; „Gesamtbewertung“  $r = -.13, p = .24, n = 90$ ).

### *Kosten der forensischen Prognosegutachten*

Insgesamt liegen für  $n = 23$  forensische Prognosegutachten aus dem LWL und einem Prognosegutachten aus der Christophorus Klinik Münster Angaben zu den Kosten ( $M = 3234.50$  €,  $SD = 2364.79$  €,  $Min. = 1378.38$  € -  $Max. = 13442.02$  €,  $n = 24$ ) vor. Für den LVR liegen

für  $n = 54$  Prognosegutachten die Kosten vor, welche jedoch nicht den entsprechenden Codenummern der Gutachten zugeordnet wurden, sodass diese in den folgenden Berechnungen unberücksichtigt bleiben ( $M = 3012.47 \text{ €}$ ,  $SD = 925.70 \text{ €}$ ,  $\text{Min.} = 616.53 \text{ €}$  -  $\text{Max.} = 5775.95 \text{ €}$ ). Hinsichtlich der Qualität der Prognosegutachten ergeben sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit den Kosten („Formale Aspekte“  $r = .36$ ,  $p = .08$ ,  $n = 24$ ; „Diagnostische Beurteilung“  $r = .26$ ,  $p = .22$ ,  $n = 24$ ; „Behandlungsevaluation“  $r = .11$ ,  $p = .62$ ,  $n = 23$ ; „Risikobeurteilung“  $r = .22$ ,  $p = .32$ ,  $n = 23$ ; „Gesamtbewertung“  $r = .27$ ,  $p = .23$ ,  $n = 22$ ; Anzahl erfüllter formaler Qualitätskriterien  $r = .22$ ,  $p = .31$ ,  $n = 24$ ). Es ergibt sich jedoch ein statistisch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Kosten und Umfang der forensischen Prognosegutachten ( $r = .60$ ,  $p < .01$ ,  $n = 24$ ).

### *Merkmale der forensischen Sachverständigen*

Im Vergleich zu psychiatrischen Sachverständigen ( $M = 14.8$ ,  $SD = 2.5$ ,  $n = 76$ ) erfüllten psychologische Sachverständige ( $M = 16.1$ ,  $SD = 2.9$ ,  $n = 20$ ) statistisch signifikant mehr formale Qualitätskriterien (s. Tabelle 6) in ihren Prognosegutachten ( $z = -2.21$ ,  $p < .05$ ,  $ES_r = .23$ ). Auf den vier inhaltlichen Qualitätsskalen („Formale Aspekte“  $z = -0.15$ ,  $p = .88$ ,  $n = 94$ ; „Diagnostische Beurteilung“  $z = -0.37$ ,  $p = .71$ ,  $n = 94$ ; „Behandlungsevaluation“  $z = -0.28$ ,  $p = .78$ ,  $n = 93$ ; „Risikobeurteilung“  $z = -0.38$ ,  $p = .70$ ,  $n = 91$ ) und in der Gesamtbewertung ( $z = -0.21$ ,  $p = .84$ ,  $n = 87$ ) der Prognosegutachten zeigen sich dagegen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Professionen. Auch das Geschlecht der forensischen Sachverständigen hat keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Qualität der Prognosegutachten („Formale Aspekte“  $z = -1.43$ ,  $p = .15$ ,  $n = 97$ ; „Diagnostische Beurteilung“  $z = -0.46$ ,  $p = .64$ ,  $n = 96$ ; „Behandlungsevaluation“  $z = -0.81$ ,  $p = .42$ ,  $n = 96$ ; „Risikobeurteilung“  $z = -0.41$ ,  $p = .68$ ,  $n = 94$ ; „Gesamtbewertung“  $z = -0.84$ ,  $p = .40$ ,  $n = 89$ ; „Anzahl erfüllter formaler Qualitätskriterien“  $z = -1.26$ ,  $p = .21$ ,  $n = 99$ ).

## Rezeption der Prognosegutachten durch Kliniken und Strafvollstreckungskammern

Im folgenden Kapitel soll die Rezeption der forensischen Prognosegutachten durch die Kliniken und Strafvollstreckungskammern (StVK) hinsichtlich der Merkmale „Diagnostik“, „Lockerungsstatus“ und „Entlassempfehlungen“ betrachtet werden. Hierbei sollen insbesondere Diskrepanzen zwischen den Kliniken und den Sachverständigen dargestellt und der Umgang mit eventuellen Diskrepanzen durch die StVK diskutiert werden. Des Weiteren werden Zusammenhänge zwischen der Beendigung der Maßregel durch die StVK und der Qualität der Prognosegutachten und systemischen Aspekten (i.S. der Unterbringungsmodalitäten) betrachtet.

Grundsätzlich ist bemerkenswert, dass die forensischen Prognosegutachten nur in etwa jeder zweiten (52.7%,  $n = 48$ ) folgenden Stellungnahme durch die Kliniken ( $n = 91$ ) überhaupt Erwähnung fanden. Für neun Fälle lagen keine zweiten Stellungnahmen der Kliniken vor, da die Maßregel durch die StVK bereits erledigt oder zur Bewährung ausgesetzt worden war. Es ergeben sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen den inhaltlichen Bewertungen der Qualitätsskalen durch die Autoren (vgl. Abbildung 8) und der Rezeption der Prognosegutachten durch die Kliniken („Formale Aspekte“  $z = -0.34$ ,  $p = .73$ ,  $n = 89$ ; „Diagnostische Beurteilung“  $z = -1.40$ ,  $p = .16$ ,  $n = 88$ ; „Behandlungsevaluation“  $z = -0.32$ ,  $p = .75$ ,  $n = 89$ ; „Risikobeurteilung“  $z = -1.70$ ,  $p = .09$ ,  $n = 87$ ; „Gesamtbewertung“  $z = -1.22$ ,  $p = .22$ ,  $n = 83$ ). Es ergeben sich zudem keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Länge der Prognosegutachten und der Erwähnung in den darauffolgenden Stellungnahmen ( $z = -1.20$ ,  $p = .23$ ,  $n = 91$ ). Auch die aktuelle Unterbringungsdauer der Patienten scheint keinen Einfluss drauf zu haben, ob Kliniken in ihren Stellungnahmen die Befunde forensischer Prognosegutachten diskutieren ( $z = -1.75$ ,  $p = .08$ ,  $n = 91$ ).

Hinsichtlich der diagnostischen Beurteilung ist zunächst festzuhalten, dass 89% ( $n = 89$ ) der Sachverständigen mit den diagnostischen Einschätzungen der vorangegangenen Stellungnahmen der Kliniken ( $N = 100$ ) übereinstimmten. Betrachtet man die auf die Prognosegutachten folgenden Stellungnahmen ( $n = 91$ ), so stimmten die diagnostischen Einschätzungen der Kliniken nunmehr in 92.3% ( $n = 84$ ) mit der Diagnostik der Prognosegutachten überein. Somit lagen in 7.7% ( $n = 7$ ) aber weiterhin Diskrepanzen in der diagnostischen Beurteilung zwischen Sachverständigen und Kliniken vor. Lediglich eine Klinikstellungnahme diskutierte diese Diskrepanz und sechs gingen nicht darauf ein. Die StVK folgten in ihren Beschlüssen in zwei Fällen den diagnostischen Einschätzungen der Sachverständigen, in drei Fällen den diagnostischen Einschätzungen der Kliniken, und in zwei Fällen wurde in den Beschlüssen der StVK keine Diagnose genannt.

In Tabelle 8 werden der aktuelle Lockerungsstatus laut erster Stellungnahme der Kliniken und die Lockerungsempfehlungen der forensischen Prognosegutachten dargestellt. Ausgeschlossen wurden die Fälle, bei denen die Sachverständigen keine Angaben zu möglichen oder bestehenden Lockerungen machten (14%,  $n = 14$ ), sowie der Fall, bei dem keine Informationen zum Lockerungsstatus der Stellungnahmen zu entnehmen war. Die Sachverständigen empfahlen in 71.8% ( $n = 61$ ) keine Veränderung der Lockerungsstufe, und in 28.3% ( $n = 24$ ) wurde eine Ausweitung der Lockerungen empfohlen ( $z = -4.81$ ,  $p < .001$ ,  $ES_r = -.52$ ,  $n = 85$ ). Keiner der Sachverständigen sah die Notwendigkeit einer Reduzierung der Lockerungen. Damit empfehlen Sachverständige statistisch signifikant ein höheres Ausmaß an Lockerungen, als dies durch die Kliniken gewährt wird. Dies ist insofern nicht weiter verwunderlich, da die forensischen Sachverständigen im Gegensatz zu den Klinikleitungen bei Lockerungsmissbrauch durch Patienten nicht mit negativen Konsequenzen – beispielsweise eine negative mediale Berichterstattung – zu rechnen haben.

Tabelle 8 Lockerungsstatus laut Klinik und Empfehlungen der Prognosegutachten

			Lockerungsstatus laut 1. Stellungnahme der Klinik				
			Keine Lockerungen 18.8% ( $n = 16$ )	Begleitete Lockerungen 31.8% ( $n = 27$ )	Unbegleitete Lockerungen 16.5% ( $n = 14$ )	Übernachtungen außerhalb der Klinik 10.6% ( $n = 9$ )	Dauerbeurlaubung 22.4% ( $n = 19$ )
Empfehlung laut Prognosegutachten	Keine Lockerungen 10.6% ( $n = 9$ )	56.3% ( $n = 9$ )	-	-	-	-	
	Begleitete Lockerungen 30.6% ( $n = 26$ )	43.8% ( $n = 7$ )	70.4% ( $n = 19$ )	-	-	-	
	Unbegleitete Lockerungen 20.0% ( $n = 17$ )	-	29.6% ( $n = 8$ )	64.3% ( $n = 9$ )	-	-	
	Übernachtungen außerhalb der Klinik 10.6% ( $n = 9$ )	-	-	28.6% ( $n = 4$ )	55.6% ( $n = 5$ )	-	
	Dauerbeurlaubung 28.2% ( $n = 24$ )	-	-	7.1% ( $n = 1$ )	44.4% ( $n = 4$ )	100% ( $n = 19$ )	

Bemerkung:  $n = 85$ ; ausgeschlossen wurden alle Fälle denen keine Angaben zum Lockerungsstatus in der Stellungnahme ( $n = 1$ ) und/oder im Prognosegutachten ( $n = 14$ ) zu entnehmen waren; es ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Lockerungsstatus laut 1. Stellungnahmen und den Empfehlungen der forensischen Prognosegutachten  $\chi^2(16) = 168.12$ ,  $p < .001$ .

In Tabelle 9 werden die empfohlenen Lockerungen der Sachverständigen und der Lockerungsstatus in der auf die Prognosegutachten folgenden Stellungnahme der Kliniken dargestellt. Der Lockerungsstatus der in der Maßregel verbliebenen Patienten war zum Zeitpunkt der zweiten Stellungnahme statistisch signifikant niedriger als die Empfehlungen der Sachverständigen ( $z = -2.14$ ,  $p < .05$ ,  $r = -.25$ ,  $n = 72$ ). Jedoch entsprach in 79.2% ( $n = 57$ ) der Fälle der Lockerungsstatus den Empfehlungen der Sachverständigen, in 15.3% ( $n = 11$ ) lag eine geringere Lockerungsstufe vor und in 5.6% ( $n = 4$ ) lagen weitreichendere Lockerungen vor. In insgesamt  $n = 15$  Fällen unterscheidet sich der Lockerungsstatus laut

zweiter Stellungnahme der Klinik von den empfohlenen Lockerungen der Sachverständigen. In 66.7% ( $n = 10$ ) wurden diese Diskrepanzen in den Stellungnahmen der Kliniken nicht benannt und in 33.3% ( $n = 5$ ) der Stellungnahmen wurden bestehende Diskrepanzen zum Prognosegutachten diskutiert.

Die StVK äußern sich lediglich in 9.3% ( $n = 8$ ) ihrer Beschlüsse zum Lockerungsstatus der im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten ( $n = 86$ ). In sechs Fällen wurde eine Dauerbeurlaubung angemahnt und in jeweils einem Fall unbegleitete Lockerungen bzw. Übernachtungen außerhalb der Klinik. Die angemahnten Lockerungen der StVK entsprachen in zwei Fällen den Empfehlungen der Sachverständigen und waren in fünf Fällen weitreichender als die Empfehlungen der Prognosegutachten. In einem Fall machte das Gutachten keine Angaben zu Lockerungen. Ausgeschlossen wurden hier wieder die Patienten ( $n = 14$ ), deren Maßregel durch die StVK beendet wurde.

Tabelle 9 Empfehlungen der Prognosegutachten und Lockerungsstatus laut Klinik

		Empfehlung laut Prognosegutachten				
		Keine Lockerungen 12.5% ( $n = 9$ )	Begleitete Lockerungen 33.3% ( $n = 24$ )	Unbegleitete Lockerungen 23.6% ( $n = 17$ )	Übernachtungen außerhalb der Klinik 11.1% ( $n = 8$ )	Dauerbeurlaubung 19.4% ( $n = 14$ )
Lockerungsstatus laut 2. Stellungnahme	Keine Lockerungen 18.1% ( $n = 13$ )	<b>88.9%</b> <b>(<math>n = 8</math>)</b>	<b>12.5%</b> <b>(<math>n = 3</math>)</b>	-	-	<b>14.3%</b> <b>(<math>n = 2</math>)</b>
	Begleitete Lockerungen 33.3% ( $n = 24$ )	<b>11.1%</b> <b>(<math>n = 1</math>)</b>	<b>83.3%</b> <b>(<math>n = 20</math>)</b>	<b>11.8%</b> <b>(<math>n = 2</math>)</b>	<b>12.5%</b> <b>(<math>n = 1</math>)</b>	-
	Unbegleitete Lockerungen 23.6% ( $n = 17$ )	-	<b>4.2%</b> <b>(<math>n = 1</math>)</b>	<b>82.4%</b> <b>(<math>n = 14</math>)</b>	<b>12.5%</b> <b>(<math>n = 1</math>)</b>	<b>7.1%</b> <b>(<math>n = 1</math>)</b>
	Übernachtungen außerhalb der Klinik 9.7% ( $n = 7$ )	-	-	<b>5.9%</b> <b>(<math>n = 1</math>)</b>	<b>62.5%</b> <b>(<math>n = 5</math>)</b>	<b>7.1%</b> <b>(<math>n = 1</math>)</b>
	Dauerbeurlaubung 15.3% ( $n = 11$ )	-	-	-	<b>12.5%</b> <b>(<math>n = 1</math>)</b>	<b>71.4%</b> <b>(<math>n = 10</math>)</b>

Bemerkung:  $n = 72$ ; ausgeschlossen wurden alle Fälle denen keine Angaben zum Lockerungsstatus in der Stellungnahme ( $n = 4$ ) und/oder im Prognosegutachten ( $n = 14$ ) zu entnehmen waren, sowie alle Patienten, deren Maßregel bereits beendet wurde ( $n = 14$ ); es ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Lockerungsstatus laut 1. Stellungnahmen und den Empfehlungen der forensischen Prognosegutachten  $\chi^2(16) = 153.35$ ,  $p < .001$ .

Hinsichtlich Entlassempfehlungen durch die Kliniken in ihren Stellungnahmen vor der Begutachtung und den Empfehlungen der Sachverständigen ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede ( $z = -1.63$ ,  $p = .10$ ,  $ES_r = -.16$ ,  $N = 100$ ).

In 94% ( $n = 94$ ) decken sich die Empfehlungen der Sachverständigen mit der Einschätzung der Klinik (s. Tabelle 10). In den  $n = 5$  Fällen bei denen die forensischen Sachverständigen im Gegensatz zur 1. Stellungnahme der Klinik eine Entlassempfehlung ausgesprochen haben, wurde durch die StVK für drei Patienten die Maßregel zur Bewährung ausgesetzt, und

in einem Fall wurde die Maßregel erledigt. Lediglich für einen Patienten dauerte die Unterbringung trotz positiver Entlassempfehlung fort. Die den Prognosegutachten folgenden zweiten Stellungnahmen der Kliniken sprachen sich jedoch in allen fünf Fällen ebenfalls für eine Entlassung aus und gingen in ihren Stellungnahmen explizit auf das Prognosegutachten des Sachverständigen ein.

Tabelle 10 Entlassempfehlung laut 1. Stellungnahme der Kliniken und Prognosegutachten

		Entlassempfehlung laut 1. Stellungnahme der Klinik	
		Keine Entlassung 86% (n = 86)	Entlassung empfohlen 14% (n = 14)
Entlassempfehlung laut Prognosegutachten	Keine Entlassung 82% (n = 82)	<b>94.2%</b> <b>(n = 81)</b>	<b>7.1%</b> <b>(n = 1)</b>
	Entlassung empfohlen 18% (n = 18)	<b>5.8%</b> <b>(n = 5)</b>	<b>92.9%</b> <b>(n = 13)</b>

*Bemerkung:* N = 100; Unter „Entlassempfehlung“ wurden auch solche Fälle gefasst bei denen die Klinik oder der/die Sachverständige empfiehlt Entlassvorbereitungen, wie beispielsweise ein „Probewohnen“ in einer Wohngruppe umzusetzen.

Zunächst soll betrachtet werden, ob statistische Zusammenhänge zwischen der formalen (s. Abbildung 6) und inhaltlichen (s. Abbildung 8) Qualität der forensischen Prognosegutachten und der Beendigung der Maßregel (i.S. der Aussetzung zur Bewährung  $n = 12$  oder Erledigung  $n = 2$ ) durch die StVK existieren (s. Tabelle 11).

*Tabelle 11* Qualität der forensischen Prognosegutachten und Entscheidungen der StVK

<b>Entscheidung der StVK</b>			
	Fortdauer der Maßregel <i>M (SD)</i>	Beendigung der Maßregel <i>M (SD)</i>	Statistik
Anzahl erfüllter formaler Qualitätskriterien	15.0 (2.8) <i>n</i> = 86	15.1 (2.7) <i>n</i> = 14	<i>z</i> = -0.03, <i>p</i> = .98
Formale Aspekte	2.2 (0.8) <i>n</i> = 84	2.0 (0.5) <i>n</i> = 14	<i>z</i> = -1.38, <i>p</i> = .17
Diagnostische Beurteilung	2.1 (0.8) <i>n</i> = 83	2.0 (1.0) <i>n</i> = 14	<i>z</i> = -0.74, <i>p</i> = .46
Behandlungsevaluation	2.3 (0.8) <i>n</i> = 84	2.0 (0.8) <i>n</i> = 13	<i>z</i> = -1.65, <i>p</i> = .10
Risikobeurteilung	2.6 (0.9) <i>n</i> = 82	2.0 (0.5) <i>n</i> = 13	<i>z</i> = -2.00, <i>p</i> < .05, <i>r</i> = -.21
Gesamtbewertung	2.3 (0.8) <i>n</i> = 78	1.9 (0.4) <i>n</i> = 12	<i>z</i> = -2.06, <i>p</i> < .05, <i>r</i> = -.22

*Bemerkung:* *N* = 100; „Fortdauer der Maßregel“ insgesamt *n* = 86; „Beendigung der Maßregel“ insgesamt *n* = 14; nach Bonferroni-Korrektur können *p*-Werte kleiner .008 als statistisch signifikant ( $\alpha$  = .05) betrachtet werden.

Legt man weniger strenge Maßstäbe bei der Beurteilung der statistischen Signifikanz an (ohne Bonferroni-Korrektur), so weisen die Qualitätsskalen „Risikobeurteilung“ und „Gesamtbewertung“ für die Patienten, deren Maßregel durch die StVK beendet wurde, bessere inhaltliche Bewertungen durch die Autoren auf als für die Patienten, bei denen die Unterbringung fort dauert (bei geringer Effektstärke).

In Tabelle 12 werden Aspekte der Unterbringungsmodalitäten, der Begutachtung und der Entlassempfehlungen dargestellt. Es zeigen sich für alle dargestellten Merkmale statistisch signifikante Einflüsse auf die Entlassentscheidungen der StVK. Betrachtet man die Patienten, die gem. § 463 StPO (*n* = 27) begutachtet wurden, ist zu erwähnen, dass für 37% (*n* = 10) bereits eine positive Entlassempfehlung laut 1. Stellungnahme der Klinik vorlag und 63% (*n* = 17) sich entweder in einer Dauerbeurlaubung befanden oder soweit gelockert waren, dass sie außerhalb der Klinik übernachten konnten. Auffällig ist zudem der hohe Anteil der Beendigungen der Maßregel in der Allgemeinpsychiatrie (50%, *n* = 10). Hier zeigt sich, dass für 35% (*n* = 7) der Patienten in der Allgemeinpsychiatrie (*n* = 20) bereits eine positive Entlassperspektive laut 1. Stellungnahme der Klinik vorlag und 75% (*n* = 15) der Patienten soweit gelockert waren, dass sie außerhalb der Klinik übernachten konnten oder sich bereits in einer Dauerbeurlaubung befanden. Im Maßregelvollzug (*n* = 80) waren dagegen lediglich 20% (*n* = 16) so weit gelockert, dass sie außerhalb der Klinik übernachten konnten bzw. dauerbeurlaubt waren. Zudem lag laut 1. Stellungnahme der Klinik nur bei 8.8% (*n* = 7) eine positive Entlassempfehlung vor.



Tabelle 12 Aspekte der Unterbringung, Begutachtung und Entlassempfehlung

		Entscheidung der StVK		Statistik
		Fortdauer der Maßregel (n = 86)	Beendigung der Maßregel (n = 14)	
Unterbringungsmodalität	Allgemeinpsychiatrie (n = 20)	50.0% (n = 10)	50.0% (n = 10)	$\chi^2(1) = 26.18,$ $p < .001$
	Maßregelvollzug (n = 80)	95.0% (n = 76)	5.0% (n = 4)	
Begutachtung	gem. § 16.3 MRVG (n = 73)	95.9% (n = 70)	4.1% (n = 3)	$\chi^2(1) = 21.97,$ $p < .001$
	gem. § 463 StPO (n = 27)	59.3% (n = 16)	40.7% (n = 11)	
Entlassempfehlung laut Prognosegutachten	keine Entlassung (n = 82)	97.6% (n = 80)	2.4% (n = 2)	$\chi^2(1) = 50.57,$ $p < .001$
	Entlassung (n = 18)	33.3% (n = 6)	66.7% (n = 12)	
Entlassempfehlung laut 1. Stellungnahme	keine Entlassung (n = 86)	94.2% (n = 81)	5.8% (n = 5)	$\chi^2(1) = 34.18,$ $p < .001$
	Entlassung (n = 14)	35.7% (n = 5)	64.3% (n = 9)	
Lockerungsstatus laut 1. Stellungnahme <sup>a</sup>	Keine Lockerungen (n = 20)	100% (n = 20)	-	$\chi^2(4) = 34.69,$ $p < .001$
	Begleitete Lockerungen (n = 33)	97.0% (n = 32)	3.0% (n = 1)	
	Unbegleitete Lockerungen (n = 15)	100% (n = 15)	-	
	Übernachtungen außerhalb der Klinik (n = 10)	80.0% (n = 8)	20.0% (n = 2)	
	Dauerbeurlaubung (n = 21)	47.6% (n = 10)	52.4% (n = 11)	

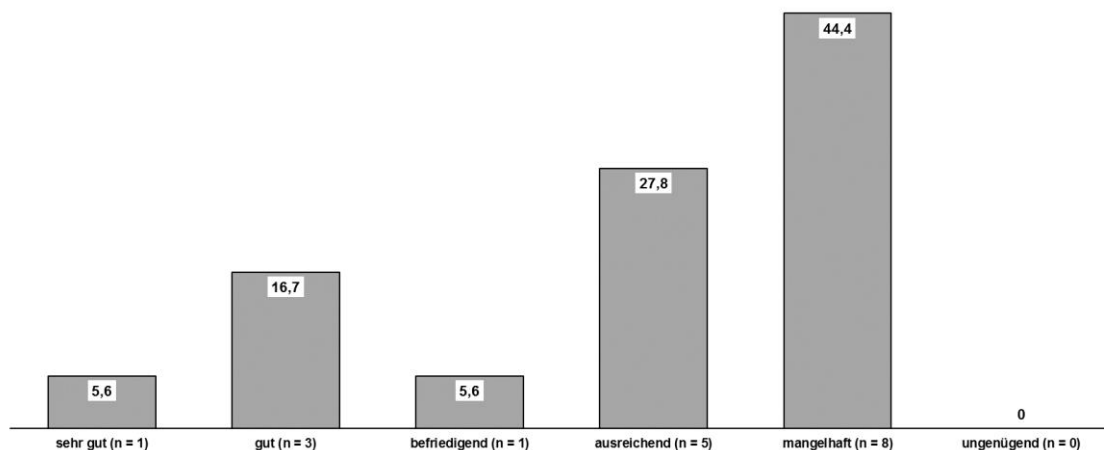
*Bemerkung:* <sup>a</sup> einer Stellungnahme der Klinik waren keine Angaben zum Lockerungsstatus zu entnehmen. Die Maßregel für diesen Patienten dauerte jedoch fort; „Beendigung der Maßregel“ setzt sich zusammen aus n = 12 Aussetzungen zur Bewährung und aus n = 2 Erledigungen der Maßregel; nach Bonferroni-Korrektur können p-Werte kleiner .01 als statistisch signifikant ( $\alpha = .05$ ) betrachtet werden.

## Bewertung der Prognosegutachten durch Richter an Oberlandesgerichten

Die inhaltliche Qualität der forensischen Prognosegutachten ( $N = 100$ ) wurde nicht nur durch die Autoren der vorliegenden Studie bewertet. Eine zufällig ausgewählte Teilstichprobe ( $n = 18$ ) wurde zusätzlich durch Richter an Oberlandesgerichten qualitativ bewertet.

Betrachtet man zunächst die qualitative Bewertung der Richter anhand einer „Schulnotenskala“ (s. Abbildung 9), so fällt die durchschnittliche Gesamtbewertung durch Richter ( $M = 4.0$ ,  $SD = 1.3$ ) im Vergleich zu den Autoren der vorliegenden Studie ( $M = 2.6$ ,  $SD = 1.0$ ;  $z = -3.10$ ,  $p < .01$ ;  $ES_r = -.75$ ) statistisch signifikant deutlich negativer aus<sup>4</sup>. Es zeigt sich zwar ein moderat positiver korrelativer Zusammenhang ( $r = .39$ ,  $p = .12$ ;  $n = 17$ ) zwischen den Gesamtbewertungen der Richter und der Autoren, der jedoch nicht das Signifikanzniveau von  $\alpha = .05$  unterschreitet. Bemerkenswert ist, dass sich keinerlei korrelativer Zusammenhang ( $r = .02$ ,  $p = .95$ ;  $n = 18$ ) zwischen den Gesamtbewertungen der Richter und der Anzahl der erfüllten formalen Qualitätskriterien (vgl. Abbildung 6) ergibt.

Abbildung 9 Verteilung der Gesamtbewertungen durch Richter (in %)



*Bemerkung:*  $n = 18$ ; die Bewertung erfolgte auf einer 6-stufigen Skala anhand von Schulnoten („sehr gut“ bis „ungenügend“); Die durchschnittliche Gesamtbewertung beträgt  $M = 3.9$  ( $SD = 1.3$ ).

Bei Betrachtung der korrelativen Zusammenhänge zwischen den neunzehn Qualitätskriterien (vgl. auch Abbildung 7) und den Gesamtbewertungen der Richter ergeben sich für das Item 5 „*Mehrdimensionale Untersuchung des Probanden*“ ( $r = .57$ ,  $p < .05$ ;  $n = 17$ ) und das

<sup>4</sup> Für eines der  $n = 18$  Prognosegutachten, die durch die Richter beurteilt wurden, lag keine „Gesamtbewertung“ durch die Autoren vor, da der Proband die Exploration verweigerte und sich so einzelne Items (s. Abbildung 7) nicht inhaltlich beurteilen ließen. Die Teilstichprobe für den Gruppenvergleich reduziert sich somit auf  $n = 17$ .

Item 9 „*Individuelle Handlungstheorie zur Delinquenz*“ ( $r = .49, p < .05; n = 18$ ) statistisch signifikante deutliche positive Korrelationen. Auch für die verbleibenden siebzehn Qualitätskriterien ergeben sich durchweg positive Korrelationen, die das Signifikanzniveau von  $\alpha = .05$  jedoch nicht unterschreiten.

Fasst man die qualitativen Befunde zusammen, so scheinen Richter die forensischen Prognosegutachten deutlich negativer zu beurteilen als die Autoren der Studie. Grundsätzlich ergeben sich jedoch durchweg positive korrelative Zusammenhänge zu den Einschätzungen der Autoren. Das heißt, je negativer die Gesamtbewertung durch die Richter ausfiel, desto negativer fielen auch die inhaltlichen Bewertungen der Qualitätskriterien durch die Autoren aus. An dieser Stelle ist zu bedenken, dass die Autoren – im Gegensatz zu den Richtern – keine direkte Gesamtbewertung der Prognosegutachten durchgeführt haben, sodass jedes Qualitätskriterium (Item 1 bis 19) bei der Berechnung der vier inhaltlichen Qualitätsskalen (vgl. auch Abbildung 8) mit gleicher Gewichtung einfluss. Aufgrund der unterschiedlichen Bewertungsmethoden und der kleinen Teilstichprobe lässt sich nicht klären, welche Faktoren zu den deutlichen Unterschieden in der Gesamtbewertung der forensischen Prognosegutachten geführt haben. Die statistisch signifikanten und deutlichen korrelativen Zusammenhänge zwischen den Gesamtbewertungen der Richter und den Items 5 und 9 (s.o.) weisen möglicherweise darauf hin, dass aus juristischer Perspektive einer individualisierten und mehrdimensionalen Betrachtung von Gutachtenprobanden eine besondere Bedeutung beigemessen wird.

Dies deckt sich auch mit den frei formulierten Beurteilungen der forensischen Prognosegutachten durch die Richter. Kritisiert wurde bei den aus Sicht der Richter als „mangelhaft“ beurteilten Gutachten durchgängig das Fehlen einer Konkretisierung der Rückfallgefahr. Als gänzlich verfehlt wurden Formulierungen benannt, bei denen allein eine „erhöhte Wahrscheinlichkeit“ für erneute Straffälligkeit angegeben oder diese „nicht ausgeschlossen“ wurde. Diese Aussagen zur Gefährlichkeitsprognose sind zu unbestimmt und erlauben keine Schlussfolgerungen zur Gefahr von konkreten Straftaten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. Verwiesen wurde in diesem Zusammenhang auf die Leitlinien des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug für die Beauftragung und Erstellung von forensischen Prognosegutachten nach § 16.3 Maßregelvollzugsgesetz NRW vom 11.04.2008, in deren Vorbemerkungen explizit darauf hingewiesen wird, dass sich der Gutachter bei der Beantwortung der Fragen, ob eine Entlassung des Probanden angeregt und unter welchen Bedingungen welche Lockerungen zu verantworten sind, an den folgenden Fragen zu orientieren hat:

- *Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass die zu begutachtende Person neue Straftaten begehen wird?*
- *Welcher Art werden diese Straftaten sein, welche Häufigkeit und welchen Schweregrad werden sie haben?*
- *Mit welchen Maßnahmen kann das Risiko zukünftiger Straftaten beherrscht oder verringert werden?*
- *Welche Umstände können das Risiko von Straftaten steigern?*

Beanstandet wurde unter anderem, dass von einigen Sachverständigen die angenommene fortbestehende Gefährlichkeit weder durch konkrete Anhaltspunkte in der Vorgeschichte des Untergebrachten noch durch dessen konkretes Verhalten in der Unterbringung fundiert und nachvollziehbar beschrieben wurde. Auch die fehlende positive Feststellung der Gefährlichkeit bei schon lange untergebrachten Patienten des Maßregelvollzuges wurde in diesem Zusammenhang kritisiert.

Mehrfach wurden fehlende Überlegungen zur konkreten Ausgestaltung des sozialen Empfangsraums bemängelt, die das Risiko erneuter Straftaten denkbar verhindern können. So wurde beispielsweise kritisiert, dass die Unterbringung in einem (geschlossenen) Heim nicht in Betracht gezogen und nicht erörtert wurde, oder welche Unterstützungsleistungen und Kontrollmöglichkeiten im Rahmen der Nachsorge bestehen. Auch wenn eine Entlassung aktuell noch nicht empfohlen werden kann, sind perspektivische Ausführungen zur Ausgestaltung des sozialen Empfangsraums aus Sicht der Richter dennoch sinnvoll.

Nicht zuletzt wurde eine mangelnde Auseinandersetzung mit der Frage kritisiert, ob bei den Untergebrachten noch eine psychische Erkrankung im Sinne der Eingangsvoraussetzungen des § 20 StGB vorliegt, die sich bei zu prognostizierenden qualifizierten rechtswidrigen Taten mindestens im Sinne einer verminderten Schuldfähigkeit auswirken würde. Mehrfach wurde eine unzureichende kritische Auseinandersetzung mit den im Erkenntnisverfahren festgestellten Diagnosen benannt. Insbesondere bei Diagnosen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörung wurde laut Einschätzung der Richter nicht differenziert genug beschrieben, ob die Persönlichkeitsstörung (weiterhin) den erforderlichen Schweregrad für die Annahme einer „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ aufweist und damit die Fortdauer der Unterbringung bei ungünstiger Prognose begründen kann.

Vereinzelt wurde kritisiert, dass eine ausführliche Exploration der Anlasstaten und der Delinquenzentwicklung nur ungenügend dargestellt wurde. Widersprüche zwischen Akteninhalt und/oder früheren Angaben des Verurteilten wurden nicht angesprochen. In einem Fall wurde explizit das Fehlen einer Delikthypothese beanstandet.

Unter formalen Aspekten wurde unter anderem bemängelt, dass aus einigen Gutachten nicht hervorgeht, welche konkreten Unterlagen dem/der Sachverständigen bei Gutachtenerstellung vorlagen.

Durchgängig hielten Richter ausführliche Aktenauszüge für entbehrlich, weil Vorgutachten und Stellungnahmen in den Akten enthalten und als bekannt vorausgesetzt werden könnten. Eine kurze Zusammenfassung der relevanten Informationen aus dem Urteil und den Behandlungsunterlagen sowie den zwischenzeitlich schon erfolgten Vorgutachten sind jedoch insofern sinnvoll, als damit deutlich wird, dass der Gutachter von zutreffenden Voraussetzungen ausgeht. Dies wäre jedoch vielfach in deutlich zusammengefassterer Form möglich. In der vorliegenden Gesamtstichprobe (N = 100) machte die Darstellung des Akteninhaltes im Mittel mehr als ein Drittel des gesamten Gutachtentextes aus (vgl. Tabelle 6), was sich durch oft langatmige und wörtliche Wiedergabe von Akteninhalten erklärte. Dies erschwert die Lektüre der Gutachten und verlagert deren inhaltlichen Schwerpunkt auf eine Darstellung der Vergangenheit. Dies erhöht tendenziell die Gefahr, eine früher bestandene Gefährlichkeit ohne hinreichende Beachtung des aktuellen Persönlichkeits- bzw. Krankheitsbildes weiter fortzuschreiben.

Für ihre Entscheidungsfindung waren aus Sicht der Richter in besonderem Maße die differenzierten Ausführungen zum Störungsbild des Untergebrachten, die Erörterung der Persönlichkeit vor der Anlasstat, die Entwicklung während des Maßregelvollzuges, die Herleitung einer Delikthypothese und ihre Projektion in die Zukunft, die darauf aufbauende konkrete Beschreibung der zu erwartenden Straftaten, die Überlegungen zum sozialen Empfangsraum und das Risikomanagement innerhalb der verfügbaren institutionellen Strukturen hilfreich. Ebenso relevant wurden Verlaufsberichte zu und Ergebnisse von medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungen bewertet, sowie zu gravierenden Vorkommnissen, beispielsweise aggressiven Übergriffen oder Verweigerungshaltung hinsichtlich der ärztlicherseits für erforderlich gehaltenen Medikation. In Einzelfällen wurden die Angaben des Untergebrachten zur Delinquenz, zur Unterbringung und zur Zukunftsperspektive als hilfreich benannt.

Als äußerst hilfreich wurde die eindeutige Aussage einer Sachverständigen beurteilt, dass nach ihrer Einschätzung die Aussetzung der Maßregel zur Bewährung in ein entsprechendes Wohnheim verantwortet werden kann. Wörtlich heißt es dazu:

*„Eine solche Bewährungsempfehlung ist in Prognosegutachten nur selten anzutreffen. Meist wird dazu eine klare Stellungnahme vermieden und immer wieder aufs Neue eine Fortsetzung der Erprobung und Beobachtung empfohlen. Eine ‘Bewährung vor der Bewährung’ verlangt das Gesetz indes nicht.“*

## Diskussion

### Zusammenfassung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten sollen zunächst Kernmerkmale der Untersuchungsstichprobe dargestellt werden. Im Anschluss werden die Befunde zur inhaltlichen Qualität der forensischen Prognosegutachten zusammengefasst, um abschließend deren Rezeption durch die Kliniken und Strafvollstreckungskammern zu diskutieren.

Die Population der gem. § 63 StGB Untergebrachten setzt sich überwiegend aus Männern (96%) aus bildungsfernen Schichten (51% ohne Schulabschluss und 18.5% in Freiheit abgeschlossene Berufsausbildung) zusammen, deren Kindheit und Jugend im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufig von Heimunterbringungen (26.7%) geprägt war. Die große Mehrheit (81.3%) wurde aufgrund psychischer Erkrankungen bereits vor der Unterbringung gem. § 63 StGB allgemeinpsychiatrisch und/oder psychotherapeutisch behandelt und trat in der Regel mit polytroper Delinquenz (77.9% wiesen Vorstrafen auf und davon 75.8% aus verschiedenen Deliktkategorien) strafrechtlich in Erscheinung. Bei den Anlassstraftaten für die aktuelle Unterbringung handelte es sich überwiegend um Gewalt- und Sexualdelikte (s. Abbildung 2). Über die Hälfte (59%) der Untergebrachten leidet an psychischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Die vergleichsweise lange durchschnittliche Unterbringungsdauer von 10.8 ( $SD = 6.8$ ) Jahren entspricht weitgehend den von König (2018) für das Kalenderjahr 2015 im Bundesdurchschnitt berichteten Unterbringungsdauern für gem. § 63 StGB Untergebrachte ( $M = 8.1$  Jahre) – insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass sehr kurze Unterbringungszeiten in der vorliegenden Untersuchung ja nicht vertreten sein konnten.

Bemerkenswert ist, dass die aktuelle Unterbringungsdauer der Patienten keinen Einfluss auf das Ausmaß an ermöglichten Lockerungen und auch nicht auf eine Beendigung der Maßregel durch die Strafvollstreckungskammern zu haben scheint. Weiter fällt auf, dass sich mit 12.3% der Untergebrachten zum Zeitpunkt der Begutachtung weniger Patienten in Dauerbeurlaubung befanden als von König im Bundesdurchschnitt beschrieben (2018, 17.8% in 2015).

An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass sich deutliche Unterschiede in Bezug auf die Unterbringungsmodalitäten zwischen den beiden Landschaftsverbänden zeigen. Im LWL sind 46.2% der gem. § 63 StGB untergebrachten Patienten in der Allgemeinpsychiatrie (davon

75% mit Übernachtungen außerhalb der Klinik oder Dauerbeurlaubung) untergebracht, wohingegen im LVR lediglich 3.4% in der Allgemeinpsychiatrie behandelt werden. Möglicherweise ist dies noch Folge einer Vollzugspraxis aus der Zeit, in der für den Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB in Westfalen-Lippe im Wesentlichen nur eine zentrale Vollzugseinrichtung (in Lippstadt/Eickelborn) vorgehalten wurde, wogegen im Bereich des LVR der Maßregelvollzug traditionell auf mehrere Standorte verteilt war. Die dezentrale Lage in Lippstadt/Eickelborn (und nach dem Vorfall im Jahre 1994 auch die neu eingeführte Lockerungsregelung) legte es nahe, Patienten ab einem bestimmten Behandlungsfortschritt zur weiteren Rehabilitation und Entlassung in die regionalen allgemein-psychiatrischen Kliniken zu verlegen. Dies dürfte auch erklären, warum 10 der 14 Patienten dieser Stichprobe, bei denen eine Beendigung der Maßregel erfolgte, (bereits) in einer allgemein-psychiatrischen Klinik untergebracht waren.

Betrachtet man die inhaltliche Qualität der Prognosegutachten, dann ergeben sich nach dem Rating der Untersucher die gravierendsten Mängel im Bereich der Risikobeurteilung und auch der Bewertung des aktuellen Unterbringungsverlaufs (i.S. einer Behandlungsevaluation; s. Abbildung 8). In anderen Bereichen wie der Einhaltung formaler Kriterien und der diagnostischen Beurteilung zeigen sich eher wenige Mängel.

Bei der Bewertung der inhaltlichen Qualität forensischer Prognosegutachten könnte - neben individuellen Präferenzen - auch die Profession der Urteiler eine Rolle spielen. So fiel die Bewertung durch Richter am Oberlandesgericht im Vergleich zu den Autoren signifikant negativer aus. Aus juristischer Perspektive wurde nahezu die Hälfte der Prognosegutachten auf einer Schulnotenskala als „*mangelhaft*“ bewertet. Hierfür können zwei Umstände eine wichtige Rolle spielen: Zum einen haben Richterinnen und Richter an Oberlandesgerichten eine klare Erwartung, welche Aspekte der Unterbringungssituation und der Entlassungsperspektive in Gutachten nachvollziehbar eingeschätzt werden müssen. Zum zweiten könnte sich ein methodischer Umstand ausgewirkt haben: Die Untersucher beurteilten verschiedene Aspekte und Bausteine jedes Gutachtens. Am Ende wurden diese Einschätzungen für ein ‚Gesamturteil‘ gemittelt, mit der möglichen Folge, dass gut bewertete Aspekte von Gutachten Mängel in anderen Bereichen ausgleichen konnten. Richterinnen und Richter dürften dagegen ein Gutachten in der Gesamtnote nur dann günstig einschätzen, wenn auch die entscheidenden Fragen befriedigend beantwortet werden, was zu strengeren Bewertungen führen muss.

Bemerkenswert ist, dass es über alle 19 erhobenen Qualitätskriterien positive Korrelationen zwischen den Bewertungen der Richter und den Autoren gab, sodass zwischen diesen Beurteilern eine gewisse Übereinstimmung zu bestehen scheint, welche Prognosegutachten

als besser bzw. als schlechter anzusehen sind. Insbesondere bei der Bewertung der Qualitätskriterien „*Entwicklung einer individuellen Handlungstheorie zur Delinquenz*“ ( $r = .49, p < .05$ ) und der „*Mehrdimensionalen Untersuchung der Untergebrachten*“ ( $r = .57, p < .05$ ) bestehen beeindruckend hohe positive korrelative Zusammenhänge zwischen den Richtern und den Autoren. Auf diese beiden Qualitätsaspekte nahmen die Richterinnen und Richter auch in ihren qualitativen Anmerkungen häufiger Bezug, womit sie ihnen eine besondere Bedeutung zumaßen.

Auch aus Sicht der Autoren zeigen sich hier die größten Schwachstellen der Prognosegutachten. Etwas weniger als die Hälfte (44%) der Sachverständigen stellte die individuelle Delinquenzentwicklung ihrer Probanden im Gutachten überhaupt dar. Dies wäre jedoch die Grundvoraussetzung für die Ableitung einer individuellen Handlungstheorie der Delinquenz und einer mehrdimensionalen Betrachtung des Probanden. Die Fokussierung der Sachverständigen auf in der Persönlichkeit oder im klinischen Störungsbild der Patienten verankerte Risikopotentiale übersieht systemische (z.B. Empfangsraum außerhalb der Klinik) und soziale Faktoren (z.B. tragfähige Beziehung zu nicht-kriminogenen Peers), die die zukünftige Legalbewährung von Untergebrachten sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können.

Es ließen sich im Wesentlichen zwei Merkmale identifizieren, die die inhaltliche Qualität der forensischen Prognosegutachten positiv beeinflusst haben. Je länger Patienten untergebracht waren, desto besser fiel die inhaltliche Bewertung der Gutachten aus, insbesondere hinsichtlich formaler Aspekte und der Risikobeurteilung. Erfolgte der Gutachtenauftrag gem. § 463 StPO, so wiesen die Risikobeurteilungen der Sachverständigen eine höhere inhaltliche Qualität auf als Gutachtenaufträge, die gem. § 16.3 MRVG-NW erteilt wurden. Statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der aktuellen Unterbringungsdauer der Probanden für die beiden Auftragsmodalitäten (gem. § 463 StPO vs. § 16.3 MRVG-NW) ergaben sich nicht. Für die beiden gefundenen Einflussfaktoren lassen sich unterschiedliche Erklärungsansätze formulieren. Zum einen könnten Kliniken bzw. Strafvollstreckungskammern bei langen Unterbringungsdauern gezielt kompetentere Sachverständige beauftragen, oder die längeren Unterbringungsdauern führen zu einer größeren Informationsfülle für den Sachverständigen, sodass eine elaborierte Risikobeurteilung möglich ist. Bei einem Gutachtenauftrag gem. § 463 StPO erfolgt die Auswahl des forensischen Sachverständigen durch die Strafvollstreckungskammer, sodass hier möglicherweise ebenfalls kompetentere Sachverständige ausgewählt werden.

In keinem Zusammenhang mit der qualitativen Einschätzung der Prognosegutachten standen die Hauptdiagnose des Patienten, der Lockerungsstatus des Probanden zum Zeitpunkt



der Begutachtung, der Umfang des Gutachtens, die Kosten des Prognosegutachtens, das Geschlecht sowie die Profession (psychologisch vs. psychiatrisch) des Sachverständigen.

### **Zur Rezeption der Prognosegutachten**

Grundsätzlich fällt auf, dass etwa nur jede zweite dem forensische Prognosegutachten folgende Stellungnahme der Klinik (52.7%) die erstellten Prognosegutachten überhaupt erwähnt. Dabei haben die Qualität des Prognosegutachtens, der Umfang des Gutachtens und die Unterbringungsdauer des Patienten keinen Einfluss auf die Erwähnung in den Stellungnahmen der Klinik. Eine Erklärung für die geringe Rezeption forensischer Prognosegutachten durch die Kliniken ist, dass hinsichtlich Entlassperspektive (94%), Diagnostik (89%) und Lockerungsstatus (71.8%) eine hohe Übereinstimmung mit dem forensischen Sachverständigen vorliegt, sodass aus Sicht der Kliniken möglicherweise kein Anlass bestand, die Prognosegutachten explizit in ihren Stellungnahmen zu erwähnen. Das könnte auch heißen: in den Gutachten stand aus Sicht der Kliniken häufig nichts Neues.

**Die hohen Übereinstimmungen zwischen Kliniken und forensischen Sachverständigen sind nicht weiter verwunderlich, da nach einer durchschnittlichen Unterbringungsdauer von über 10 Jahren hinsichtlich des klinischen Störungsbildes und der grundlegenden Gefährlichkeit eines Untergebrachten weitgehend Einigkeit bestehen sollte.**

Die größten Diskrepanzen ergeben sich hinsichtlich des Lockerungsstatus. Hier empfehlen forensische Sachverständige in 28.3% ( $n = 15$ ) der Fälle weitreichendere Lockerungen als die durch die Klinik aktuell gewährten. In der Regel beschränkt sich der Vorschlag auf die Gewährung der nächsten Lockerungsstufe.

Lediglich in fünf Fällen gingen die Kliniken in ihren Stellungnahmen auf diese Diskrepanzen ein. Auffällig ist auch, dass Strafvollstreckungskammern sich nur selten zu Lockerungen äußern oder diese anmahnen (9.3% der Beschlüsse). Dies ist insofern bemerkenswert, als der Lockerungsstatus eines Untergebrachten ein wesentlicher Faktor für die Beendigung der Maßregel (Aussetzung zur Bewährung oder Erledigung) durch die Strafvollstreckungskammern zu sein scheint (s. Tabelle 12).

Insgesamt wurde für 14 der 100 begutachten Patienten die Maßregel gem. § 63 StGB durch die Strafvollstreckungskammern nach der Begutachtung beendet. In zwölf Fällen wurde der Vollzug der Maßregel zur Bewährung ausgesetzt und in zwei Fällen wurde die Maßregel für erledigt erklärt. Als zentraler Prädiktor für die Beendigung der Unterbringung erwies sich der Lockerungsstatus des Patienten: 13 der 14 Patienten, deren Unterbringung beendet

wurde, konnten außerhalb der Klinik übernachten oder befanden sich in Dauerbeurlaubung. Auch positive Entlassempfehlungen durch Kliniken und/oder forensische Sachverständige führten zu einer deutlich höheren Beendigungsquote durch die Strafvollstreckungskammern (vgl. Tabelle 12).

Auch die Grundlage des Gutachtauftrags scheint im Hinblick auf die Beendigung des Vollzugs eine Rolle zu spielen: Wurden die forensischen Prognosegutachten gem. § 16.3 MRVG-NW ( $n = 73$ ) erstattet, so wurden 4.1% der Unterbringungen beendet. Wenn die Begutachtung gem. § 463 StPO ( $n = 27$ ) erfolgte, wurden hingegen 40.7% der Betroffenen in die Freiheit entlassen. Auch hier zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang mit dem Lockerungsstatus der Patienten. Zum Zeitpunkt der Begutachtungen gem. § 463 StPO waren 63% der Patienten bereits so weit gelockert, dass sie entweder außerhalb der Klinik übernachten durften oder in Dauerbeurlaubung waren. Bei den Patienten, die gem. § 16.3 MRVG-NW begutachtet wurden, hatten lediglich 19.2% diese Lockerungsstufen erreicht.

Der vorstehend beschriebene Zusammenhang ergibt sich wohl schon daraus, dass Begutachtungen gem. § 16.3 MRVG-NW in der Regel routinemäßig nach Zeitablauf angefordert werden. Prognosegutachten gem. § 463 StPO werden dagegen von den Strafvollstreckungskammern auch dann gezielt angefordert, wenn eine reale Entlassungsmöglichkeit anzunehmen ist. Dies erklärt den hohen Anteil tatsächlicher Beendigungen in Folge der Begutachtungen gem. § 463 StPO.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Weg aus der Unterbringung gem. § 63 StGB sich für Patienten letztlich nur über weitreichende Lockerungen eröffnet. Umso bemerkenswerter ist es, dass auch die inhaltliche Qualität der forensischen Prognosegutachten einen positiven Einfluss auf die Beendigung der Unterbringung durch die Strafvollstreckungskammern zu haben scheint (vgl. Tabelle 11), ohne statistisch signifikante Zusammenhänge mit dem Lockerungsstatus der Gutachtenprobanden aufzuweisen. Dabei spielt insbesondere die Qualität der Risikobeurteilung eine Rolle. Dies ist eben aber auch der Bereich, wo die untersuchten Prognosegutachten die größten Mängel aufwiesen (s.o.). Eine Steigerung der Qualität der Risikobeurteilungen in Prognosegutachten birgt also das Potential, die Verweildauern im Maßregelvollzug zu verkürzen, was für teils Jahrzehnte untergebrachte Patienten ein früheres Leben in Freiheit ermöglichen und zudem zu einer Reduktion der Unterbringungskosten führen würde.

## **Fortbildungsbedarfe für forensische Sachverständige und Richter**

Aus den quantitativen und qualitativen Befunden ergeben sich insbesondere die folgenden Fortbildungsbedarfe:

- Mehrdimensionale Betrachtung des Einzelfalls
- Entwicklung einer individuellen Handlungstheorie der Delinquenz
- Bestimmung der Wahrscheinlichkeit, Häufigkeit und Schwere zu erwartender Delikte
- Berücksichtigung eines (möglichen) sozialen Empfangsraums
- Umgang mit (nicht-)standardisierten Prognoseinstrumenten

In Absprache mit dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen werden die quantitativen und qualitativen Befunde der Untersuchung im Rahmen einer Informationsveranstaltung vorgestellt. Darüber hinaus sollen die genannten kritischen Aspekte (s.o.) mit dem Fachpublikum diskutiert und Lösungsansätze vermittelt werden.

### **Fazit**

Wie vorgesehen konnten in der Studie 100 Prognosegutachten berücksichtigt werden, die im Rahmen einer forensischen Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB erstattet wurden. Diese Gutachten waren entweder nach dem Maßregelvollzugsgesetz NRW (16 Abs. 3 MRVG-NW) oder nach § 463 StPO eingeholt worden.

Die Untersucher schätzten diese Gutachten im Hinblick auf 19 formale/inhaltliche Kriterien ein, die sich an den „Mindestanforderungen für Prognosegutachten“ (Boetticher et al. 2007) orientierten. Die Kriterien wurden in vier Kategorien gruppiert: formale Aspekte, diagnostische Beurteilung, Behandlungsevaluation und Risikobeurteilung. Im Mittel erreichten die Gutachten auf einer Schulnotenskala (1 – 6) für die vier Kategorien Notenmittelwerte von 2,1 bis 2,5 (in Worten etwa „zwei minus“). Das heißt, im Durchschnitt wurden die Gutachten nach dieser Einschätzung den publizierten Standards im Wesentlichen gerecht.

18 Gutachten wurden zusätzlich durch Richter am Oberlandesgericht eingeschätzt, und zwar hinsichtlich eines ähnlichen (nicht völlig identischen) Kategoriensystems. Zwischen Untersuchern und Richtern fand sich eine – durchaus bemerkenswerte – positive Korrelation der qualitativen Einschätzungen von  $r = .39$ , die allerdings aufgrund der kleinen Stichprobe keine Signifikanz erreichte.

Das Notenniveau der richterlichen Beurteilungen war trotz des gleichsinnigen Zusammenhangs deutlich schlechter. Hier wirkte sich aus, dass nur die Richter eine Gesamtnote erteilten, während bei den Untersuchern die Noten der einzelnen Kategorien gemittelt wurden. Aus richterlicher Sicht wurden die Gutachten überwiegend (72%) mit ausreichend ( $n = 5$ ) oder gar mangelhaft ( $n = 8$ ) bewertet. Maßgeblich für diese Einschätzungen waren (so die entsprechenden Anmerkungen auf den Beurteilungsblättern) vor allem unklare Feststellung der Gutachter zur konkreten Rückfallgefahr von Patienten im Falle einer Entlassung. Die Gutachten erlaubten aus richterlicher Sicht keine klaren Schlussfolgerungen zur Gefahr erneuter Straftaten. Nun ist genau diese Gefahr ja von zentraler Bedeutung, wenn es um die Frage der Fortdauer der Unterbringung geht. Insofern verwundert es nicht, dass die Gerichte hier strenge Maßstäbe anlegen. Bedenkenswert ist eher, dass solche aus obergerichtlicher Sicht insuffiziente Gutachten im Alltag des Maßregelvollzugs und in der Praxis der juristischen Überprüfungsverfahren problemlos hingenommen werden.

Nach Einschätzung der Untersucher deckten psychologische Gutachten im Mittel mehr der formalen Qualitätskriterien ab als ärztliche Gutachten. Mit einer höheren Gesamtqualität ging dies allerdings nicht einher. Insgesamt wurden in 58% der Gutachten auch Prognoseinstrumente eingesetzt. In einem Viertel dieser Fälle wurden jedoch nur die jeweiligen Gesamt-Scores mitgeteilt, sodass die entsprechenden Einschätzungen nicht nachvollzogen werden konnten. Die Untersucher möchten hierzu auch anmerken, dass sie im Grunde bei keinem der Gutachten den Eindruck hatten, dass Prognoseinstrumente für die abschließende Entscheidung maßgeblich waren. Eher erschienen letztere in vielen Fällen irgendwie der Datenerhebung beigelegt, um Standards gerecht zu werden. Auch gab es kein Gutachten, das Diskrepanzen zwischen klinischen und Verlaufsdaten und Ergebnissen von Prognoseinstrumenten thematisierte.

Eine wichtige forschungsleitende Frage war, welche Wirkungen die Prognosegutachten in der Praxis entfalten.

Was die diagnostische Einschätzung durch die Gutachter betraf, fanden sich gegenüber den Behandlern eher wenig Diskrepanzen. 89 % der Sachverständigen stimmten mit der Beurteilung in der vorangehenden Klinikstellungnahme überein. Noch etwas höher war die diagnostische Konkordanz von Gutachten und zweiter Stellungnahme (92,3 %). Nur in sieben Fällen fanden sich Diskrepanzen, die allerdings nur in einer einzigen zweiten Stellungnahme diskutiert wurden. In den übrigen Fällen, so könnte man meinen, spielten sie keine Rolle.

Was den Lockerungsstatus von Patienten betrifft, ließen die Gutachten eine vorsichtige Tendenz zu mehr Lockerung erkennen, was auf gut ein Viertel der Fälle zutraf. In keinem Fall wurde eine Reduzierung der Lockerungsstufe angeraten.

In nur acht Fällen mahnten die Strafvollstreckungskammern in ihren Beschlüssen eine Ausweitung der Lockerung an, zweimal entsprechend der gutachterlichen Empfehlung, fünfmal sogar darüber hinausgehend. Das heißt auch: nur in einem Fall drängte die StVK ohne Bezugnahme auf ein Gutachten auf mehr Lockerung des Untergebrachten.

Was Entlassungsempfehlungen betraf, stimmten die letzte Stellungnahme und das Gutachten in 94 % der Fälle überein.

Insgesamt ergibt sich das Bild einer recht weitgehenden Übereinstimmung zwischen Kliniken und Gutachtern. Die Ergebnisse von Gutachtern werden häufig in der nächsten Stellungnahme gar nicht erwähnt. Erst recht sind sie so gut wie nie Anlass für eine kontroverse Auseinandersetzung. Es gibt anscheinend kaum klare gutachterliche Empfehlungen, die im konkreten Fall zu einer deutlichen Ausweitung des Lockerungsstatus führen oder gar der Entlassung den Weg bereiten. Wenn Gutachter letztere empfehlen, dann vor allem bei Patienten, deren Entlassung von der Klinik bereits angedacht ist oder durch entsprechende Lockerungsschritte sogar schon vorbereitet wird.

Insgesamt ergibt sich die Frage, ob sich das System des § 63-Maßregelvollzugs in NRW ändern würde, wenn auf externe Prognosegutachten verzichtet werden könnte. NRW ist das Bundesland mit der längsten Tradition externer Begutachtungen nach dem Maßregelvollzugsgesetz. Dennoch sind gerade in diesem Bundesland die Unterbringungszeiten besonders lang (Traub & Schalast, 2017).

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie lässt sich sagen: Gutachten eröffnen kaum Perspektiven, wo diese nicht aus Kliniksicht schon bestehen. Sie dienen auch nicht der Sicherheit, da sie keine neuen Risiken aufzeigen, die von der Klinik nicht schon wahrgenommen werden. Kein einziges Gutachten empfiehlt, Lockerungen zurückzunehmen. Entsprechende Gutachten sind den Verfassern auch in ihrer beruflichen Praxis höchst selten begegnet.

Zusammenfassend kommen wir zur Feststellung einer qualitativ akzeptablen, aber wenig kontroversen Praxis externer Begutachtungen in NRW, die zu ihrem ursprünglichen Zweck, überlange Unterbringungszeiten zu vermeiden, im Prinzip nichts beiträgt. Eher stellt sich die Frage, ob das aufwändige Procedere in manchen Fällen dazu beiträgt, dass wesentliche Schritte hinausgezögert werden. Die schon zitierte schriftliche Anmerkung eines OLG-Richters auf einem Einschätzungsbogen zeigt ein zentrales Problem der Praxis treffend auf:

*„Eine solche (klare, dezidierte) Bewährungsempfehlung ist in Prognosegutachten nur selten anzutreffen. Meist wird dazu eine klare Stellungnahme vermieden und immer wieder aufs Neue eine Fortsetzung der Erprobung und Beobachtung empfohlen.“*

## Literatur

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). LSI-R: The Level of Service Inventory – Revised. Toronto: MHS.
- Boetticher, A., Kröber, H.-L., Müller-Isberner, R., Böhm, K. M., Müller-Metz, R., & Wolf T. (2007). Mindestanforderungen für Prognosegutachten. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie: 90-100.
- Brettel, H., Rettenberger, M., & Retz, W. (2018). Prognosebegutachtung als Einzelfallbetrachtung. Recht & Psychiatrie, 36, 154-157.
- Brown, J., & Singh, J. P. (2014). Forensic Risk Assessment: A Beginner's Guide. Archives of Forensic Psychology, 1 (1), 49-59.
- Dahle, K. P. (2000). Psychologische Begutachtung zur Kriminalprognose. In: H.-L. Kröber & M. Steller (Hg.) Psychologische Diagnostik im Strafverfahren: Indikation, Methodik und Qualitätsstandards (77-111). Darmstadt: Steinkopff.
- Dahle, K. P. (2005). Psychologische Kriminalprognose: Wege zu einer integrativen Beurteilung der Rückfallwahrscheinlichkeit von Strafgefangenen. Herbolzheim: Centaurus.
- Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen (2008). Leitlinien für die Beauftragung und Erstellung von Gutachten nach § 16 Abs. 3 Maßregelvollzugsgesetz NRW.
- Dessecker, A. (2008). Lebenslange Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung und Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Dauer und Gründe für die Beendigung im Jahre 2006. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Dittmann, V. (2000) Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie (Hrsg.). „Gemeingefährliche“ Straftäter. Zürich: Rüegger. S. 67-95.
- Hart, S. D., Kropp, P. R. & Laws, D. R. (2008). RSVP The Risk for Sexual Violence Protocol. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie Haina.
- Heinz, G. (1982). Fehlerquellen forensisch-psychiatrischer Gutachten. Heidelberg: Kriminalistik Verlag
- König, A. (2010). Der Nutzen standardisierter Risikoprognoseinstrumente für Einzelfallentscheidungen in der forensischen Praxis. Recht & Psychiatrie, 28, 67-73.
- König, A. (2018). Quantitative Entwicklungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In: F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hg.) Praxisbuch Forensische Psychiatrie – Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug (103-112). Bern: Hogrefe Verlag.
- Leygraf, N. (1988). Psychisch kranke Straftäter. Berlin: Springer.
- Nedopil, N. (2000). Forensische Psychiatrie (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

- Nedopil, N. (2018). Warum eine Überarbeitung der Mindestanforderungen für Prognosegutachten notwendig ist. *Recht & Psychiatrie*, 36, 171-172.
- Pfäfflin, F. (1978). *Vorurteilsstruktur und Ideologie psychiatrischer Gutachten über Sexualstraftäter*. Stuttgart: Enke.
- Pfäfflin, F. (2014a). Prolonging the court-ordered detention of offenders: the contribution of forensic psychiatric expert testimonies. *Sexual Offender Treatment*, 9, o.S. Download: [www.sexual-offender-treatment.org/129.html#](http://www.sexual-offender-treatment.org/129.html#) (letzter Abruf 22.05.2017)
- Pfäfflin, F. (2014b). Noch mehr psychiatrische Gutachten? *Recht & Psychiatrie*, 32, 62-63.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M., & Cormier, C. A. (1998) *Violent Offenders. Appraising and Managing Risk*. Washington: American Psychological Association.
- Rasch, W. (1984). *Krank oder kriminell? Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe*. LWL (Hg.): Pressestelle Münster.
- Rasch, W. (1999). *Forensische Psychiatrie* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Traub, H. J., & Schalast, N. (2017). Ansteigende Verweildauer im Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 35, 147-155.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart S. D. (1998). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20*. Haina, Institut für Forensische Psychiatrie Haina.
- Wertz, M., Kury, H., & Rettenberger, M. (2018). Umsetzung von Mindestanforderungen für Prognosegutachten in der Praxis. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 12, 51-60.

**Korrespondenzadresse der Bietergemeinschaft:**

TEQS | Therapieevaluation & Qualitätssicherung GbR

Dr. K. P. Elsner

Jahnstr. 66

40215 Düsseldorf

E-Mail: [elsner@pgr.ag](mailto:elsner@pgr.ag)