

Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB

Evaluationsstudie zum Vergleich von
Maßregelvollzug und Strafvollzug bei suchtkranken Straftätern

Zweiter Projektzwischenbericht

Dezember 2012

Norbert Schalast, Melanie Steffen, Shari Boateng

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie Essen
Direktor: Prof. Dr. Norbert Leygraf

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	5
Methodische Eckpfeiler der Untersuchung	8
<i>Stichprobe von Maßregelpatienten und einbezogene Kliniken</i>	8
<i>Erhebungszeitpunkte bei den Maßregelpatienten</i>	9
<i>Datenschutz und Anfrage beim Bundesamt für Justiz</i>	9
<i>Erhebungsinstrumente</i>	10
<i>Vergleichsgruppe von Strafgefangenen</i>	11
Stand der Projektrealisierung – aktuelle Befunde	12
Bisheriger Verlauf	12
Einige Basisdaten der Gesamtstichprobe	12
Vergleich der Teilstichproben „NRW“ vs. „andere Bundesländer“	15
Vergleich der Patientengruppen ‚Alkohol‘ und ‚Drogen‘ hinsichtlich einiger Basisdaten	17
Erste Erkenntnisse aus den Daten des Erhebungszeitpunkts II	17
Versuch einer Replizierung früherer Befunde zur Verlaufsprognose	23
<i>Erledigungen und Entlassungen</i>	23
<i>Bildung zweier Patientengruppen mit eher günstigem und eher ungünstigen Outcome</i>	24
<i>Vorläufige Bewertung</i>	26
Erweiterung der Erhebung auf Frauen im § 64-Maßregelvollzug	27
<i>Einige Basisdaten der Frauenstichprobe</i>	28
<i>Stationsaktivitäten</i>	28
<i>Bisheriger Verlauf</i>	30
Die Vergleichsgruppe von Strafgefangenen	31
<i>Erhebungsbogen I</i>	32
<i>Formular für die Anfrage beim Bundesamt für Justiz</i>	33
<i>Erhebungsbogen II bei Entlassung</i>	33
<i>Verlauf der Datenerhebung</i>	33
<i>Vorgehen bei Verlegung</i>	34

<i>Entlassungen</i>	34
<i>Allgemeine Beschreibung der Vergleichsstichprobe</i>	35
Die Vergleichsgruppe der weiblichen Strafgefangenen	36
<i>Erhebungsbögen</i>	37
<i>Verlauf der Datenerhebung</i>	38
<i>Allgemeine Beschreibung der Vergleichsstichprobe</i>	38
 Publikationsmanuskript: Essener Evaluation der Unterbringung in der Entziehungsanstalt	 40
Einleitung	40
Methodische Aspekte der Evaluation (sozial-) therapeutischer Maßnahmen bei Straftätern	41
<i>Evaluation und gesellschaftlicher Kontext</i>	41
<i>Generelle Wirksamkeit und Effekte spezifischer Behandlungsbausteine</i>	41
<i>Wirksamkeit und Effizienz</i>	42
<i>Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität</i>	42
<i>Untersuchungspläne in Evaluationsstudien</i>	43
<i>Selektive vs. vollständige Weiterverfolgung von Untersuchungsgruppen</i>	44
Die Methodik der Essener Evaluationsstudie	45
<i>Datenerhebung über eine unausgelesene Patientengruppe über mehrere Zeitpunkte</i>	45
<i>Einhaltung von BZR-Auskünften nach Entlassung in die Freiheit</i>	46
<i>Struktur- und Prozessqualität</i>	47
Der bisherige Stand der Datenerhebung	48
Versuch der Replizierung früherer Befunde zur Verlaufsprognose	48
Zwei Operationalisierungen	50
<i>Erfahrungen in der Kindheit / der Primärfamilie</i>	51
<i>Die dimensionale Einschätzung der „Cluster B-Persönlichkeitsgestörtheit“</i>	51
Fazit	54
Literatur	55

Vorbemerkung

Im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen wurde am hiesigen Institut im Sommer 2009 eine langfristig angelegte multizentrische Evaluationsstudie zur Unterbringung in der Entziehungsanstalt begonnen. Nachdem wir im September 2010 in einem ersten Zwischenbericht über einen erfolgreichen Start der Datenerhebung berichten konnten, hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW die weitere Finanzierung des Projektes zugesagt, welches im Frühjahr 2017 abgeschlossen wird.

Die Methodik der Studie kann in folgender Weise zusammengefasst werden:

Über 300 Patienten des Maßregelvollzugs werden im Laufe der Unterbringung Daten erhoben, und zwar bald nach der Aufnahme, nach vier bis fünf Monaten der Behandlung und zum Zeitpunkt der Beendigung der Unterbringung. Mit Beendigung ist der Zeitpunkt gemeint, zu dem ein Patient mit Beschluss der zuständigen Strafvollstreckungskammer aus der Maßregel entlassen wird, sei es in die Freiheit oder in den Strafvollzug. In vielen Fällen geht einem solchen Beschluss ein Zeitraum voraus, in dem der Patient bereits außerhalb der Klinik lebt (Dauerbeurlaubung).

Zu jedem Patienten wird ein passender „Zwilling“ im Strafvollzug gesucht, also ein Haftinsasse mit einer Suchtproblematik, der dem Patienten hinsichtlich eines Rasters von Merkmalen ähnelt, bei dem im gerichtlichen Verfahren jedoch nicht auf Unterbringung erkannt wurde.

Sowohl bei Patienten als auch Gefangenen soll im Jahr 2016 und damit frühestens zwei Jahre nach Entlassung in die Freiheit beim Bundesamt für Justiz eine Auskunft aus dem Bundeszentralregister eingeholt werden. Der Vergleich der Quoten erneuter Straffälligkeit nach Strafvollzug und nach Maßregelvollzug wird die entscheidende Kriteriumsvariable dieser Studie sein. Dabei kann nicht erwartet werden, dass der bloße numerische Vergleich der Rückfallquoten ein simples und endgültiges Urteil zum Ertrag der Unterbringung gemäß § 64 StGB erlaubt. Vielmehr ist zu hoffen, dass das erhobene Datenmaterial differenzierte Aussagen zum möglichen Ertrag der Unterbringung unter bestimmten Bedingungen erlaubt.

Die Datenerhebung ist bisher weitgehend planmäßig verlaufen. In den beteiligten 16 Kliniken konnte die avisierte Zahl von 300 Patienten im dafür vorgesehenen zeitlichen Rahmen erhoben und mit einer Gesamtstichprobe von $n = 315$ sogar übertroffen werden. Dabei stammt etwa die Hälfte der einbezogenen Patienten aus NRW, die andere Hälfte aus kooperierenden Kliniken in fünf anderen Bundesländern.

Im April 2011 wurde mit der Rekrutierung der Vergleichsgruppe von Strafgefangenen begonnen. Die Identifizierung von geeigneten Gefangenen aus insgesamt 14 Haftanstalten NRWs ist mit über 90 Prozent bereits weit fortgeschritten.

Die wachsende Anzahl von Patienten, die mittlerweile in die Freiheit entlassen wurde, lässt erwarten, dass die „time at risk“ von mindestens zwei Jahren bis zur Einholung der Auszüge aus dem Bundeszentralregister problemlos erreicht bzw. übertroffen werden kann.

Im vorliegenden Bericht wird der bisherige Verlauf der Datenerhebung dargestellt. Die rekrutierte Stichprobe von Maßregelpatienten wird beschrieben und mit der – aus den jährlichen Stichtagserhebungen (von der Haar) bekannten – Grundgesamtheit der Maßregelpatienten verglichen. Ein Vergleich erfolgt auch zwischen der Teilstichprobe der NRW-Patienten und den in den anderen Bundesländern rekrutierten Patienten. Eingehender dargestellt werden außerdem die Rekrutierung der Gefangenen und Basismerkmale der erfassten Gruppe.

Bei 122 Patienten (70 % der bisherigen 173 Entlassungen) ist bereits gemäß § 67d Abs. 5 StGB eine „Erledigung“ der Unterbringung erfolgt. Der Anteil solcher Erledigungen unter den Entlassungen wird voraussichtlich zurückgehen, da Entlassungen zur Bewährung in die Freiheit gerade in NRW häufig nach längerer Behandlung (und nach Bewährung im Langzeiturlaub) erfolgen.

Auch wenn eine Erledigung gemäß § 67d Abs. 5 StGB nicht in jedem Einzelfall Ausdruck einer negativen Einschätzung des Behandlungsversuchs und der Prognose des Betreffenden ist, ist es tendenziell gerechtfertigt, bei diesen Patienten im Mittel einen eher negativen Behandlungsverlauf anzunehmen. Auf der Basis der vorliegenden Daten wird geprüft, ob Erkenntnisse aus einer früheren Studie (Schalast et al. 2009) über Prädiktoren des Behandlungsverlaufs bereits jetzt repliziert werden können.

Beschrieben und diskutiert wird weiterhin der Versuch, das Ausmaß der „Cluster-B-Persönlichkeitsgestörtheit“ von Patienten mithilfe einer Kurzfassung des „Personality Assessment Schedule“ von Tyrer et al. (2007) einzuschätzen.

Der Zwischenbericht schließt ab mit einem Manuskript, in dem das Vorgehen im Projekt methodologisch eingeordnet und der Stand der Datenerhebung und erste Ergebnisse zusammengefasst werden. Das Einverständnis des Ministeriums vorausgesetzt, könnte eine Publikation im Heft II der Zeitschrift „Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie“ erfolgen.

Auch an dieser Stelle wollen wir es nicht unterlassen, den vielen Beteiligten für ihre Unterstützung zu danken

- dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen für die Förderung des Projektes,
- den Vertretern der beteiligten Kliniken und auch Justizvollzugsanstalten für ihre stetige Kooperation und Unterstützung,
- und auch den einbezogenen Maßregelpatienten: zu unserer positiven Überraschung ist die Mehrheit der Patienten zu den ersten beiden Erhebungszeitpunkten unserer Bitte nachgekommen, auf Erhebungsbögen über frühere Verhaltensprobleme und über Erfahrungen in der Therapie zu berichten. Vielleicht wäre es angemessener, davon zu sprechen, dass Therapeutinnen und Therapeuten sie zu diesem Beitrag motiviert haben.

Wir freuen uns bereits darauf, unsere Kooperationspartner im Juni 2014 zu einem weiteren Projektsymposium nach Essen einzuladen.

Norbert Schalast, Melanie Steffen, Shari Boateng, Norbert Leygraf

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei unspezifischen Aussagen über Personen (-gruppen) wie in wissenschaftlichen Texten üblich die männliche Form verwendet („grammatisches Geschlecht“). In der direkten Kommunikation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern resp. Patientinnen und Patienten wird von uns selbstverständlich dem natürlichen Geschlecht entsprechend formuliert.

Methodische Eckpfeiler der Untersuchung

[Federführend: Melanie Steffen]

Im Folgenden wird die Methodik der Studie zusammengefasst beschrieben. Eine eingehendere Darstellung, an die der vorliegende Bericht anknüpft, findet sich im Projektzwischenbericht I aus dem Jahr 2010 (Schalast, Steffen, König, 2010).

Stichprobe von Maßregelpatienten und einbezogene Kliniken

Um repräsentative Daten über den Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB zu erheben, beschränkt sich die Untersuchung nicht nur auf Nordrhein-Westfalen. Die Hälfte der Daten wurde außerhalb NRWs erhoben. Zu diesem Zweck war bereits im Vorfeld Kontakt zu einigen Einrichtungen in anderen Bundesländern aufgenommen worden.

In NRW wurden Probanden in den LWL-Kliniken Marsberg und Schloss Haldem, den LVR-Kliniken Bedburg-Hau und Viersen und dem NTZ Duisburg erhoben. In wenigen Einzelfällen erfolgte die primäre Aufnahme in der Volmeklinik in Hagen und in der LVR-Klinik Langenfeld.

Neben diesen Maßregelstandorten in NRW wurden die folgenden Einrichtungen anderer Bundesländer in das Projekt einbezogen:

- *MRV-Zentrum Niedersachsen, Bad Rehburg in 31547 Rehburg-Loccum*
- *MRV-Zentrum Niedersachsen, Brauel in 27404 Zeven-Brauel*
- *Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH in 21339 Lüneburg*
- *Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar in 65589 Hadamar*
- *Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen in 34308 Bad Emstal*
- *Isar-Amper-Klinikum München-Ost in 85540 Haar*
- *Klinik Nette Gut in 56575 Weißenthurm*
- *Klinikum Bremen-Ost in 28325 Bremen*
- *Klinik für Forensische Psychiatrie Zwiefalten in 88529 Zwiefalten*

Erhebungszeitpunkte bei den Maßregelpatienten

Zu einem frühen Zeitpunkt nach der Aufnahme wird durch die zuständigen Behandler ein Erhebungsbogen bearbeitet, in dem Basisdaten zur Vorgeschichte und zum Hintergrund der Unterbringung erfasst werden. Die Patienten erhalten zu diesem Zeitpunkt Gelegenheit, über Aspekte ihrer Vorgeschichte zu berichten (Umstände und Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend, Intensität des Suchtmittelkonsums).

Nach etwa vier bis fünf Monaten erfolgt die Zweiterhebung aus der Annahme heraus, dass zu diesem Zeitpunkt die Patienten in der Therapie „angekommen sind“ und somit Aspekte der Behandlungssituation beurteilen können, und dass die Therapeuten eine differenzierte Einschätzung der Persönlichkeit des Patienten vornehmen können.

Eine dritte Datenerhebung erfolgt zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Unterbringung (in die Freiheit oder in den Strafvollzug). In einem relativ kurzen Fragebogen äußern die Therapeuten sich zu objektiven Aspekten des Behandlungsverlaufs, zu den Entlassungsumständen und zu ihrer prognostischen Einschätzung des Patienten.

Bei allen Patienten wird frühestens zwei Jahre nach der Entlassung in die Freiheit (aus Unterbringung oder anschließendem Strafvollzug) eine Anfrage beim Bundesamt für Justiz erfolgen, welches BZR-Auskünfte zur Verfügung stellen wird (pseudonymisiert, mit einer Fallnummer des jeweiligen Patienten versehen). Die Legalbewährung der ehemaligen Patienten und Gefangenen nach Entlassung in die Freiheit ist die wesentliche Kriteriumsvariable dieser Untersuchung. Zeitliche Spielräume sollen so genutzt werden, dass viele Anfragen erst später als nach zwei Jahren erfolgen. Auf diese Weise soll eine echte „time at risk“ von im Mittel deutlich über zwei Jahren erreicht werden.

Datenschutz und Anfrage beim Bundesamt für Justiz

Sowohl der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug (als Behörde des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW) als auch das Justizministerium NRW hatten ein erhebliches öffentliches Interesse an der Untersuchung erklärt. Dies stellte den Hintergrund für das datenschutzrechtliche Prüfungsverfahren dar. Dem Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit des Landes NRW wurde das Konzept einer anonymisierten Datenerhebung zur Prüfung vorgelegt. Er billigte das Vorgehen mit Bescheid vom 6.07.2009. Eingehende Prüfungen erfolgten später auch durch die entsprechenden Behörden in Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz.

Das Bundesamt für Justiz, bei dem die Auskünfte aus dem BZR einzuholen sind, hat für die vorgesehene Nacherhebung bei ehemaligen Patienten und Strafgefangenen im Rahmen einer öffentlich geförderten und datenschutzrechtlich abgesegneten Studie seine Unterstützung zugesichert.

Erhebungsinstrumente

Erhebungszeitpunkt I - Basiserhebungsbogen

Dieser Bogen wird von den Therapeuten ausgefüllt. Erfragt werden soziodemographische Merkmale und Aspekte der forensischen Vorgeschichte (wie Hafterfahrung, strafrechtliche Vorbelastung, Anlassdelikt). Auf einer kurzen Skala „Anger Rating Index“ (Novaco 1994) kann die Reizbarkeit der Patienten (impulsiv störendes, aufbrausendes Verhalten) eingeschätzt werden.

Erhebungszeitpunkt I - Patientenbogen

Es handelt sich um eine Art Anamnesebogen, auf welchem der Patient über belastende Lebensumstände und persönliche Schwierigkeiten und Auffälligkeiten in der Vorgeschichte berichten kann. In diesem Bogen sind verschiedene strukturierte Skalen berücksichtigt:

AUDIT und DUDIT (Alcohol- bzw. Drug Use Disorder Identification Test): sie ermöglichen eine einfache Beschreibung der Intensität des Alkohol- respektive Drogenkonsums. Die Patienten bearbeiten gekürzte Skalen (Berman et al. 2005; Saunders et al. 2006),

CTQ (Childhood Trauma Questionnaire): In dem von uns erheblich modifizierten Verfahren berichten Patienten über unterstützende und belastende Erfahrungen in der Kindheit: familiärer Rückhalt, körperliche Misshandlung und emotionale Vernachlässigung (Bernstein et al. 1994),

FEA-FSB (Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter, daraus die Skala „Frühere Probleme Selbstbeurteilung“; Döpfner et al., in Vorb.),

SBB-SSV (Selbstbeschreibungsbogen „Störung des Sozialverhaltens“ aus dem DISYPS-II, Döpfner et al. 2008).

Erhebungszeitpunkt II (nach 4 – 5 Monaten) Mitarbeiterbogen

In diesem Bogen

- berichten die Therapeuten von ihren diagnostischen und psychometrischen Einschätzungen der Patienten,
- schätzen sie hinsichtlich einer Liste von Therapiethemen ein, welche ihnen in der Arbeit mit den Patienten aktuell wichtig erscheinen,
- beschreiben sie noch einmal die Reizbarkeit des Patienten (Anger Rating Index, „ARI II“),
- beurteilen sie das Stationsklima (Schalast 2008).

Mit einer gekürzten Version des Personality Assessment Schedule (Tyrer et al. 2009) werden die Patienten hinsichtlich Persönlichkeitseigenschaften eingeschätzt, die Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (vor allem dissozial, emotional instabil) zuzuordnen sind.

Erhebungszeitpunkt II - Patientenbogen

Auf diesem Bogen können die Patienten ihrerseits den Stellenwert von Therapiethemen angeben sowie über ihre Einbindung in die diversen (Behandlungs-) Aktivitäten auf der Station berichten (Beschreibung ihres wöchentlichen Zeitbudgets).

Ebenso werden sie um die Einschätzung des Stationsklimas gebeten (nach Schalast 2008).

Erhebungszeitpunkt III (Zeitpunkt der Entlassung des Patienten aus der Unterbringung in den Strafvollzug oder in die Freiheit, ggf. nach längerer Dauerbeurlaubung)

Auf diesem zweiseitigen Erhebungsbogen macht die Therapeutin bzw. der Therapeut Angaben zu Entlassungsmodus und Unterbringungsverlauf und beschreibt die Entlassungssituation hinsichtlich sozialer Einbindung des Patienten und initierter Nachsorge. Erneut erfolgt eine Einschätzung der Reizbarkeit des Patienten („ARI III“).

Erhebungszeitpunkt IV (zweite Jahreshälfte 2016)

Wie oben schon erwähnt wird versucht, über alle Patienten (und auch alle Gefangenen der Vergleichsgruppe, siehe folgenden Absatz) aktuelle Auskünfte aus dem Bundeszentralregister einzuholen. Diesen Auskünften sollen Hinweise auf Bewährung resp. delinquente Rückfälligkeit nach Entlassung aus dem Freiheitsentzug entnommen werden.

Vergleichsgruppe von Strafgefangenen

Zur Vergleichbarkeit der Verläufe der Patienten nach ihrer Entlassung wird eine gematchte Vergleichsgruppe von Insassen des Strafvollzugs rekrutiert, deren Bewährung in Freiheit ebenfalls erfasst wird. Das konkrete Vorgehen bei der Rekrutierung suchtmittelabhängiger Insassen des Strafvollzugs wurde in 2010 bei mehreren Treffen mit Vertretern des Justizministeriums NRW sowie mit dem Verwaltungsleiter und dem psychologischen Dienst einer JVA abgestimmt. Näheres zur Methodik und zur aktuellen Realisierung siehe Seite 31.

Stand der Projektrealisierung – aktuelle Befunde

Bisheriger Verlauf

Die Rekrutierung von Patienten wurde ab August/September 2009 in den ersten Einrichtungen aufgenommen. Es gelang, die angestrebte Stichprobengröße wie geplant in einem Zeitraum von etwa einem halben Jahr zu erreichen. Der Rücklauf der Daten verlief im Großen und Ganzen reibungslos, sodass von 310 der Patienten weitgehend vollständige Datensätze für die Erhebungszeitpunkte I und II vorliegen. Aufgrund von datenschutzrechtlichen Prüfungen verzögerte sich der Beginn der Untersuchung in einigen Bundesländern, sodass die letzte Einbeziehung von Patienten Ende 2009 und die letzte Zeitpunkt II-Erhebung im Frühjahr 2011 erfolgte.

Einige Basisdaten der Gesamtstichprobe

Die Prozentangaben und Berechnungen beziehen sich jeweils auf die Anzahl von Patienten, zu der Angaben zum berechneten Item vorlagen.

Schulabschluss (n = 310)

Gut ein Viertel (27.4 %) der involvierten Patienten hat keinen Schulabschluss. Die Mehrheit (53.5 %) verfügt über einen Hauptschulabschluss, immerhin 19 % über einen Realschul- oder höheren Abschluss.

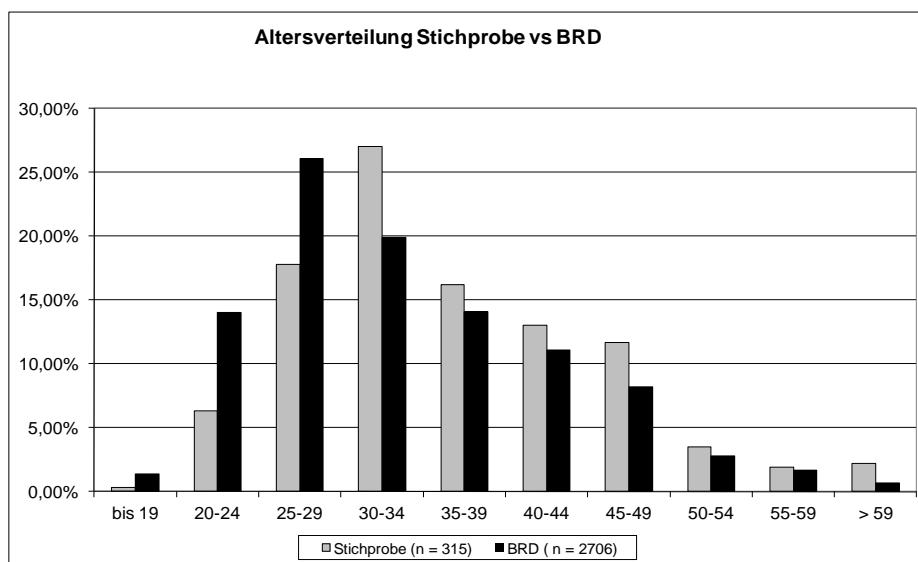


Abbildung 1: Altersverteilung der Maßregelstichprobe im Vergleich zur Stichtagserhebung (von der Haar 2011), aktualisiert

Alter (n=314)

Das Durchschnittsalter (2011) in der Stichprobe der Maßregelpatienten liegt bei 36 Jahren. Der jüngste Patient ist 19 Jahre, der älteste Patient 61 Jahre alt. Ein Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit BRD (von der Haar, 2010) zeigt, dass 30 bis 34-jährige Patienten in der Stichprobe etwas überrepräsentiert und jüngere Patienten eher unterrepräsentiert sind. Darüber hinaus ähneln sich die beiden Altersverteilungen sehr (s. Abb. 1).

Patientengruppe (Suchtpräferenz, n=315)

Diagnostisch werden 34.6 % der Patienten der Gruppe der vorwiegend alkoholabhängigen Patienten zugeordnet, 65.1 % den primär drogenabhängigen Patienten. Für insgesamt 23.5 % der Stichprobe (36.1 % der Drogenabhängigen) wird angegeben, dass sie auch intravenös konsumiert haben.

Migrationshintergrund (n = 282, k.A. n = 33)

Aus den Angaben zur nationalen Herkunft von 282 der Patienten ergibt sich folgende Verteilung: 70.2 % der Patienten haben keinen Migrationshintergrund, 6.0 % einen türkischen Hintergrund. Auf die osteuropäischen Länder (Polen, GUS, vor allem Kasachstan und Rumänien) verteilen sich 8.9 % der Patienten, 4.6 % auf den Mittelmeerraum (Italien, Montenegro). 10.3 % der Stichprobe sind „sonstigen“ Herkunftslandern zuzuordnen.

Vergleich der Teilstichproben mit und ohne Migrationshintergrund mit der Grundgesamtheit

Die folgenden beiden Vergleiche betreffen die Repräsentativität der Teilstichproben mit und ohne Migrationshintergrund. Verglichen wird jeweils die Teilstichprobe mit dem entsprechenden Kollektiv der Grundgesamtheit BRD (von der Haar 2010) hinsichtlich einiger basaler Merkmale: Altersmittelwert, Anteil von Patienten unter 25 Jahren, Anteil der Gewaltdelikte und mittlere BZR-Belastung.

Abbildung 2 lässt erkennen, dass sich für die Patienten mit Migrationshintergrund keine bedeutsamen Unterschiede zur Grundgesamtheit (Patienten mit Migrationshintergrund gemäß Stichtagserhebung, von der Haar 2011) ergeben. Abbildung 3 zeigt für die Teilstichprobe ohne Migrationshintergrund, dass in der Stichprobe jüngere Patienten unterrepräsentiert sind (12 % vs. 21.3 %). Auch ist der Anteil der Patienten mit Gewaltdelikten in der Teilstichprobe geringer als im entsprechenden BRD-Kollektiv (56.4 vs. 65.3 %). Im Prinzip stellen solche Diskrepanzen kein Problem dar. Für die Aussagekraft der Studie insgesamt ist die Vergleichbarkeit von Maßregelstichprobe und JVA-Stichprobe entscheidend. Unterschiede zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit müssen allerdings bei der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt werden.¹

¹ Um Wirkungszusammenhänge zwischen Ausgangsbedingungen und Outcome-Parametern zu prüfen, ist im Prinzip eine Gleichverteilung von Ausgangsbedingungen (z.B. Patienten mit und ohne Schulabschluss, mit und ohne Gewaltdelikt) sogar günstiger als eine repräsentative Abbildung der Grundgesamtheit.

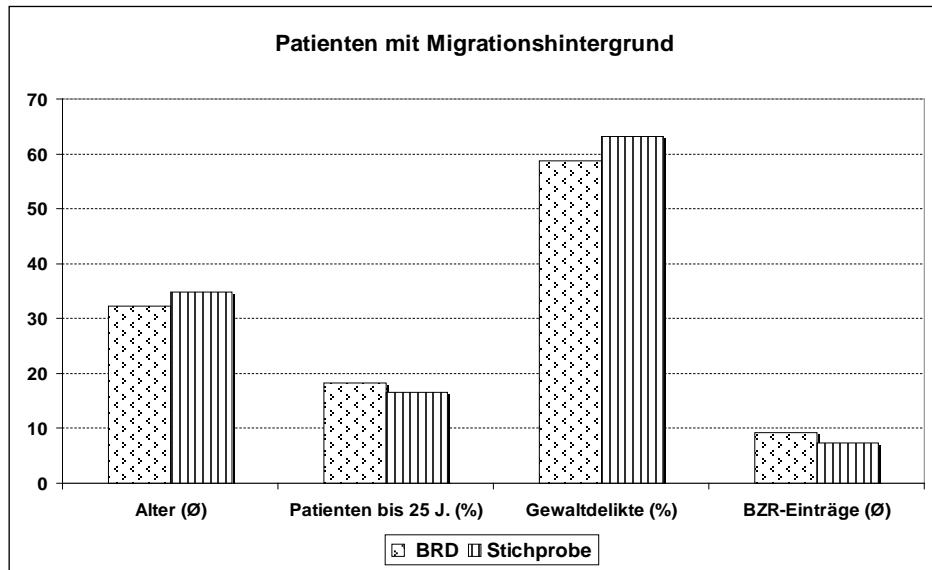


Abbildung 2: Vergleich der Teilstichprobe mit Migrationshintergrund (n = 87) mit den entsprechenden Daten der Stichtagserhebung (von der Haar 2011)

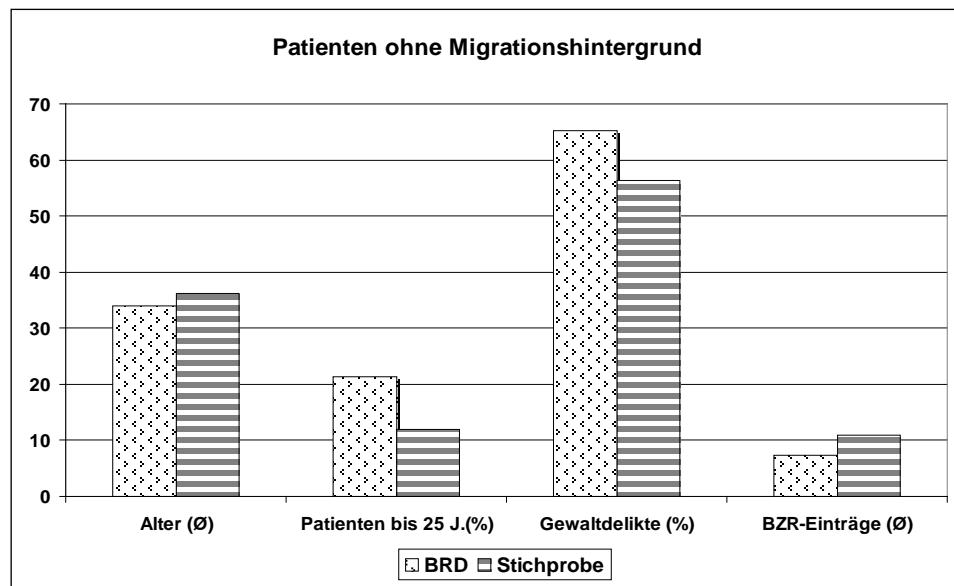


Abbildung 3: Vergleich der Teilstichprobe ohne Migrationshintergrund (n = 195) mit den entsprechenden Daten der Stichtagserhebung (von der Haar 2011)

Vergleich der Teilstichproben „NRW“ vs. „andere Bundesländer“

In der NRW-Stichprobe ist der Anteil primär alkoholabhängiger Patienten etwas höher als in der Stichprobe der anderen Bundesländer (36.9 vs. 32.0 %, n.s.). Hinsichtlich Altersmittel und der Anzahl der BZR-Einträge unterscheiden sich die Teilstichproben praktisch nicht. Entsprechendes gilt auch für den Anteil der Patienten mit Haftfahrung aus früheren Verfahren und für die durchschnittliche Gesamthaftfahrung (Tab. 1).

Tabelle 1: Vergleich der Teilstichproben „NRW“ und „andere Bundesländer“ hinsichtlich Hintergrundmerkmalen

Merkmal	Stichprobe NRW	Stichprobe andere BL	Prüfgröße	p<	Signifikanz
Schwerpunkt Alkohol (vs. Btm) %	36.9	32.0	$\chi^2 = .84$	.36	n.s.
Alter bei Aufnahme (MW) in Jahren	36.3	35.9	$t_{312} = .38$	.71	n.s.
Anzahl BZR-Einträge (MW)	10.3	9.7	$z = -.48$	.63	n.s.
Haftfahrung (aus früheren Verfahren) %	73.4	75.6	$\chi^2 = .20$	.66	n.s.
In Haft vor der Aufnahme %	78.9	76.2	$\chi^2 = .33$	.56	n.s.
Gesamthaftfahrung (MW) in Monaten	50.5	51.4	$t_{312} = .15$	.88	n.s.

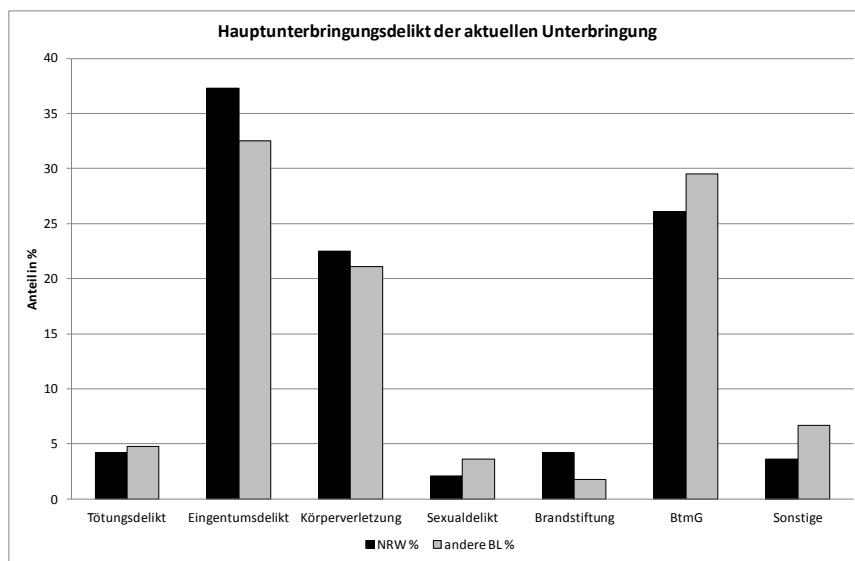


Abbildung 4: Verteilung der Hauptunterbringungsdelikte der aktuellen Unterbringung in NRW und den anderen Bundesländern im Vergleich (die Teilstichproben unterscheiden sich nicht signifikant).

Hauptunterbringungsdelikte

Die Hauptunterbringungsdelikte werden unterteilt in Tötungsdelikt, Eigentumsdelikt (mit und ohne Gewalt), Körperverletzung, Sexualdelikt, Brandstiftung, Verstoß gegen das BtmG, Sonstige). Die Verteilungen der Deliktkategorien ähneln sich in den Teilstichproben NRW vs. andere Bundesländer sehr. Unterschiede erreichen keine statistische Signifikanz. ($\chi^2 = 4.5$, $p = .61$, s. Abb. 4)

Persönlichkeitsstörungen

In NRW berichten die Therapeuten bei 19.7 % der Patienten von einer vorliegenden Persönlichkeitsstörung, in den anderen Bundesländern bei 27,4 %. Dieser Unterschied erscheint nicht unerheblich, erreicht allerdings ebenfalls keine statistische Signifikanz ($\chi^2 (1) = 2.43$, $p = .12$).

Behandlungsvorgeschichte (Entgiftung, Entwöhnung)

Wie schon im ersten Projektzwischenbericht beschrieben, unterscheiden sich die Stichproben NRW und andere Bundesländer nicht signifikant hinsichtlich der Zahl bisheriger Entgiftungsbehandlungen sowie der Anzahl regulär abgeschlossener und vorzeitig beendeter bzw. abgebrochener Entwöhnungsbehandlungen.

Länge der angeordneten Freiheitsstrafe („Schattenstrafe“)

Wie schon im ersten Zwischenbericht vermutet, sind die NRW-Patienten mit im Mittel 38 Monaten zu etwas kürzeren Parallelstrafen verurteilt worden als die Patienten aus anderen Bundesländern (44 Monate; $t = -1.92$, $p = .056$).

Arbeitstätigkeit

In beiden Teilstichproben war gut die Hälfte der Patienten länger als ein Jahr vor dem derzeitigen Freiheitsentzug arbeitslos (NRW: 54.1 %, andere Bundesländer: 53.9 %).

Vergleich der Patientengruppen „Alkohol“ und „Drogen“ hinsichtlich einiger Basisdaten

Alter

Patienten der Gruppe „Alkohol“ sind bei der Aufnahme im Mittel vier Jahre älter als die der Gruppe „Drogen“ (38.9 vs. 34.6 Jahre; $z = -4.4$, $p = .000$). Beim Vergleich von Alterskategorien zeigt sich, dass der Unterschied vor allem auf der weitaus höheren Anzahl drogenabhängiger Patienten in der Gruppe der 25 - 34-Jährigen beruht.

Anzahl der Einträge im Bundeszentralregister

Hinsichtlich der Eintragungen im BZR gibt es weder im kategorialen Vergleich² noch im Vergleich der Mittelwerte (MW Drogen = 9.9, MW Alkohol = 10.1) erwähnenswerte Unterschiede.

Hafterfahrung

Unter den Alkoholikern ist gut ein Viertel zuvor nie wegen einer anderen Verurteilung in Haft gewesen, unter den Drogenabhängigen knapp ein Viertel (28.8 vs. 23.6 %, n.s.). Vor der Aufnahme waren drogenabhängige Patienten im Mittel länger in Haft als alkoholabhängige (10.7 vs. 7.3 Monate; $z = -5.2$, $p < .001$).

Hinsichtlich der Gesamthafterfahrung übertrifft die Teilstichprobe der drogenabhängigen die der alkoholabhängigen Patienten (54.1 vs. 45.1 Monate, $z = -2.642$, $p = .008$).

Hauptunterbringungsdelikte

Die beiden Teilstichproben unterscheiden sich natürlich erheblich hinsichtlich der Hauptunterbringungsdelikte. Bei den Drogenabhängigen erfolgt die Unterbringung viel häufiger nach Eigentums- und Verstößen gegen das BtmG, während bei Alkoholabhängigen die Kategorie Körperverletzung überwiegt ($\chi^2 (12) = 112,7$, $p = <.001$).

Erste Erkenntnisse aus den Daten des Erhebungszeitpunkts II

Compliance der Patienten

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt werden, wie beim ersten, auch die Patienten gebeten, auf einem Erhebungsbogen Angaben zu machen. Sie sollen hinsichtlich einer Anzahl möglicher Therapiethemen bewerten, wie wichtig sie ihnen aktuell erscheinen und welche Bedeutung die Themen wohl für die Therapeuten haben. Weiterhin wird gefragt, in welche (therapeutischen) Aktivitäten sie im Laufe der Woche eingebunden sind (Zeitbudget) und wie sie das Stationsklima erleben (Beurteilungsbogen von Schalast, 2008).

Die Mitwirkung der Patienten, von denen 84 % diesen Bogen fast vollständig bearbeitet haben, hat uns positiv überrascht.

² Kategorien 0, 1 - 5, 6 - 10, 11 - 15, 16 - 20, 21 - 25 und > 25.

Bedeutung von Therapiethemen

Sowohl von den Therapeuten als auch von den Patienten wurde eine subjektive Einschätzung zur Wichtigkeit der genannten Therapiethemen erbeten. Die Patienten bewerteten die Themen außerdem dahingehend, welche Bedeutung ihnen wohl aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten zukommt. Die Einschätzungen erfolgten auf 4-stufigen Ratingskalen (0 = unwichtig bis 3 = sehr wichtig).

Tabelle 2: Einschätzung der Bedeutung von Therapiethemen durch Patienten und Therapeuten (zum Erhebungszeitpunkt II) Skalierung 0 = unwichtig bis 3 = sehr wichtig
MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Therapiethemen	Bedeutungseinschätzung					
	Patient: „wie bedeutend für mich?“		Patient: „wie bedeutend für Therapeuten?“		Therap.: „wie bedeutend aus meiner Sicht?“	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Schwierigkeiten mit Mitpatienten	1,2	1,0	1,7	1,1	1,2	1,0
Abstinenz von Alkohol und Drogen	2,4	1,0	2,5	0,9	2,2	0,9
Arbeitsverhalten	2,1	1,1	2,1	1,0	1,1	0,9
Aggressionen kontrollieren	2,0	1,1	2,1	1,0	1,4	1,0
Erlebnisse mit Eltern und anderen Menschen in der Kindheit	1,9	1,0	1,8	1,0	1,7	1,0
Schulische Kenntnisse und Fertigkeiten (ggf. deutsche Sprache)	1,8	1,2	1,5	1,0	0,9	1,0
Auseinandersetzung mit den Straftaten	2,3	0,9	2,3	0,9	2,2	0,9
Verhalten auf der Station	2,2	0,9	2,4	0,9	1,7	1,0
Belastende („traumatische“) Erfahrungen in der Lebensgeschichte	1,8	1,1	1,8	1,0	1,4	1,0
Schuldenregulierung, Umgehen mit Geld	1,9	1,2	1,6	1,1	0,8	0,8
(Frühere, gegenwärtige, zukünftige) Partnerschaft, Sexualität	1,9	1,1	1,3	1,1	1,3	0,9

Tabelle 2 fasst die Ergebnisse dieser Beurteilungen zusammen. Die Streuungen der Einschätzungen (SD) zeigen zunächst an, dass diese für alle Therapiethemen und alle Beurteilungen recht einheitlich variieren (Standardabweichung im Mittel etwa eine ganze Skalenstufe). Allerdings gibt es einige Therapiethemen, die von den Therapeuten als deutlich weniger wichtig eingeschätzt werden als von den Patienten. Zu nennen sind hier vor allem die Themen „Arbeitsverhalten“, „Aggressionen kontrollieren“ und vor allem „Schuldenregulierung / Umgehen mit Geld“. Tendenziell weniger Gewicht erhalten auch die Themen „Verhalten auf der Station“ und „Belastende Erfahrungen in der Lebensgeschichte“.

Hier stellen sich einige Fragen, die bei der weiteren Auswertung betrachtet werden sollen, vor allem: Haben die Bedeutungseinschätzungen irgendeine prädiktive Bedeutung? Gibt es Schwer-

punktsetzungen durch Therapeuten, die mit mehr oder weniger günstigen Verläufen assoziiert sind? Haben Bewertungsdiskrepanzen zwischen Patienten und Therapeuten eine Auswirkung?

Sinnvoll kann man dies erst untersuchen, wenn für eine weitgehende Mehrheit der Patienten der formale Modus der Entlassung aus der Unterbringung – zzgl. der abschließenden prognostischen Einschätzung durch die Therapeuten – bekannt ist.

Weitere interessante Auswertungsmöglichkeiten ergeben sich durch die Analyse der faktoriellen Merkmalsstruktur innerhalb der drei Einschätzungen. Zum Beispiel lässt sich für die Bedeutungseinschätzung durch die Therapeuten mittels Faktorenanalyse bestimmten, welche Therapiethemen demselben latenten Faktor (derselben thematischen Dimension) zugeordnet werden können. Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, hat sich für diese Einschätzungen eine 4-Faktorenlösung ergeben (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation). Die Ladungszahlen (mögliche Werte zwischen 0.0 und 1.0) beschreiben, wie deutlich ein Therapiethema dem betreffenden Faktor zugeordnet ist.

Tabelle 3: Ergebnis einer Faktorenanalyse der Bewertung von Therapiethemen durch die Therapeuten (rotierte Komponentenmatrix)

Therapiethema	Faktor (Varianzaufklärung)			
	1 (22 %)	2 (18 %)	3 (11 %)	4 (9 %)
"Schwierigkeiten mit Mitpatienten"	,82			
"Abstinenz von Alkohol und Drogen"				,85
"Arbeitsverhalten"			,64	
"Aggressionskontrolle"	,71			
"Erlebnisse mit soz. Umfeld in Kindheit"		,82		
"Schulische Kenntnisse"			,78	
"Auseinandersetzung mit Strafen"				,67
"Verhalten auf Station"	,83			
"Traumatische Erfahrungen in Biografie"		,80		
"Umgang mit Geld/Schulden"			,61	
"Partnerschaft/Sexualität"		,57		

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind Faktorladungen unter .40 nicht dargestellt.

Wie die Tabelle zeigt, sind je drei (beim letzten Faktor zwei) Therapiethemen eindeutig einem Faktor zugeordnet (kein Thema lädt bedeutsam auf zwei Faktoren). Anhand der Inhalte der Themen kann versucht werden, die Faktoren inhaltlich zu interpretieren. Wie in der folgenden Tabelle 4 dargestellt, ergeben sich plausible und interessante Interpretationen für die vier Faktoren.

Tabelle 4: Gewichtung der Therapiethemen durch Therapeutinnen und Therapeuten – Inhaltliche Interpretation des Ergebnisses der faktoriellen Analyse

Faktor I: „ <i>Führung / Verhalten im Stationsalltag</i> “ mit den Unterthemen
<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten mit Mitpatienten
<ul style="list-style-type: none"> • Aggressionen kontrollieren
<ul style="list-style-type: none"> • Verhalten auf der Station
Faktor II: „ <i>Psychotherapie</i> “ mit den Unterthemen
<ul style="list-style-type: none"> • Erlebnisse mit Eltern und anderen Menschen in der Kindheit
<ul style="list-style-type: none"> • Belastende („traumatische“) Erfahrungen in der Lebensgeschichte
<ul style="list-style-type: none"> • (frühere, gegenwärtige, zukünftige) Partnerschaft, Sexualität
Faktor III: „ <i>Alltagskompetenzen</i> “ mit den Unterthemen:
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsverhalten
<ul style="list-style-type: none"> • Schulische Kenntnisse und Fähigkeiten (ggf. auch Sprache)
<ul style="list-style-type: none"> • Schuldenregulierung, Umgang mit Geld.
Faktor IV: „ <i>forensische Entziehungsanstalt</i> “ mit den Unterthemen:
<ul style="list-style-type: none"> • Abstinenz von Alkohol und Drogen
<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit den Straftaten

Für die weitere Auswertung können für die vier faktoriellen Skalen Mittelwerte je Patient ermittelt werden, indem man für jede Skala die Mittelwerte der Itemsummen berechnet. Beispiel: Wenn die Therapeutin Y. für den Patienten Ö. die drei Therapiethemen des Faktors I mit 0, 2 und 1 gewichtet hat, ergibt sich daraus der Mittelwert 1. Das wäre der „Score“ des Patienten Ö. für den Faktor I „Führung / Verhalten im Stationsalltag“.

Kann diese Einschätzung etwas über den Patienten und seine Behandlungsperspektive besagen? Tatsächlich zeigt sich beim jetzigen Stand der Datenerhebung, dass bei Patienten mit erhöhter Gewichtung des Faktors I eher eine Erledigung der Unterbringung (§ 67d Abs. 5 StGB) mit Verlegung in den Strafvollzug erfolgt ($df = 1, F = 6.5, p < .011$)³. Tendenziell ist das Risiko einer solchen Erledigung geringer, wenn Faktor II stark gewichtet wird ($df = 1, F = 3.3, p < .069$).

Diese Zusammenhänge sind plausibel. Eine eingehende Analyse ist erst sinnvoll, wenn der formale Abschluss der Unterbringung für die allermeisten Patienten bekannt ist. Interessant wird es dann auch sein, die durchschnittliche Gewichtung der Therapiethemen in verschiedenen Einrichtungen zu vergleichen und auf mögliche Auswirkungen hin zu prüfen.

³ Mittlere Gewichtung von Faktor I bei Erledigung in JVA 1.6, für die übrigen Patienten 1.3, mittlere Gewichtung von Faktor II entsprechend 1.6 vs. 1.4.

Stationsaktivitäten

Zum Erhebungszeitpunkt II wurden die Patienten gebeten, ihren Tagesablauf auf der Station grob zu skizzieren. Dies erfolgte mittels zeitlicher Angaben zu bestimmten begleiteten Stationsaktivitäten. Die erhobenen Aktivitäten beinhalteten Kochen, Sport, Arbeit, Einzelgespräche, Pflegegespräche, Stationsversammlungen und Gruppentherapie, wobei die vier letzteren im Folgenden unter dem Begriff der „Therapeutischen Aktivitäten i.e.S“ zusammen gefasst werden. Darüber hinaus wurden die Patienten gefragt, wie viel Zeit sie pro Woche mit Fernsehen verbringen.

Die folgenden Abbildungen 5 bis 7 zeigen die Verteilung der „Therapeutischen Aktivitäten i.e.S“, der „Arbeit“ und des „Fernsehens“ über die beteiligten Kliniken hinweg. Einbezogen wurden hierbei diejenigen Kliniken, die mit wenigstens zehn Patienten in der Studie vertreten sind.

Abbildung 5 zeigt, dass der Zeitaufwand für „Therapie im engeren Sinne“ nach Angaben der Patienten in den beteiligten Kliniken bemerkenswert variiert, zwischen 270 Minuten in Klinik 3 und 660 Minuten in Klinik 12.

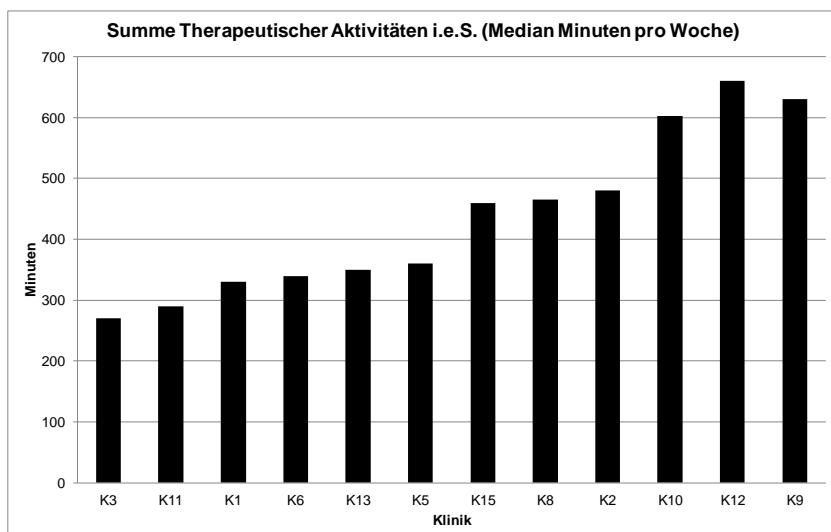


Abbildung 5: Zeitaufwand für „Therapeutischen Aktivitäten i.e.S“ in den Kliniken mit wenigstens 10 beteiligten Fällen

Betrachtet man, wie viel Zeit die Patienten ihrer Darstellung nach mit Arbeit verbringen (Abb. 6), so fällt Klinik 2 mit einer angegebenen durchschnittlichen „Wochenarbeitszeit“ von etwa 60 Minuten aus dem Rahmen. Auf dieser Station scheint es aus organisatorischen Gründen während der ersten Monate noch nicht möglich oder unüblich zu sein, die Patienten arbeitstherapeutisch zu beschäftigen. Dem steht als Extrem eine anderen Klinik (Nr. 3) gegenüber, wo die Patienten ihren Angaben nach 20 Stunden pro Woche beschäftigt sind. Die Angaben der Patienten der Kliniken 5, 8, 9, 10 und 13 ähneln einander mit durchschnittlich zwischen 13 und 13.5 Stunden Arbeitstätigkeit wöchentlich.

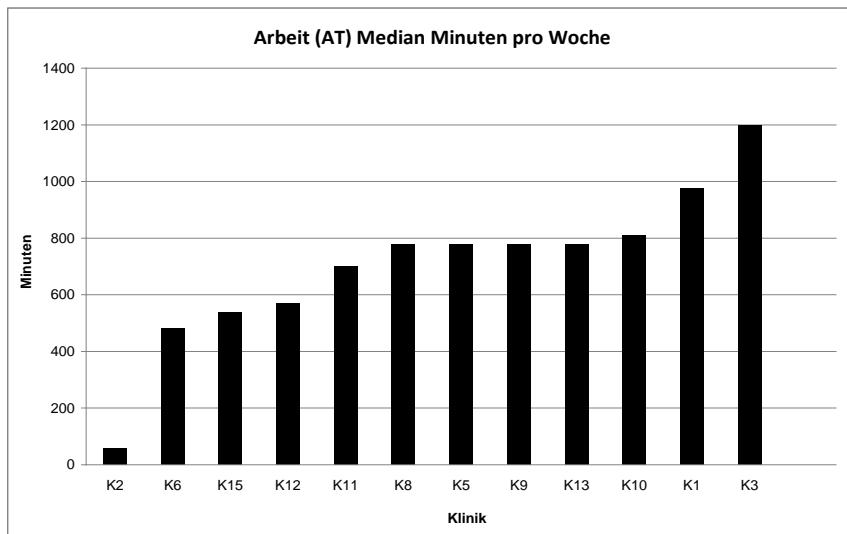


Abbildung 6: Arbeits-/ Beschäftigungszeit in Kliniken mit mindestens 10 beteiligten Patienten

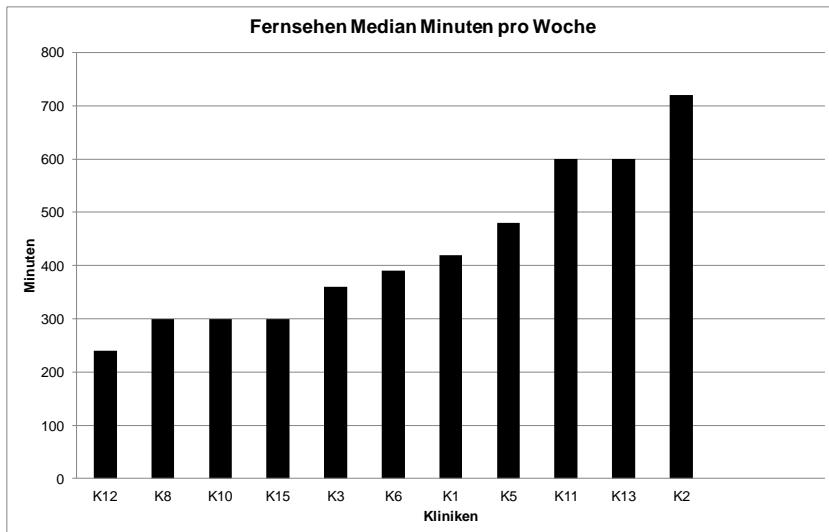


Abbildung 7: Verteilung der angegebenen Fernsehzeit in Kliniken mit mindestens 10 beteiligten Patienten

Auch hinsichtlich der Aktivität „Fernsehen“ erhält man aus den Angaben der Patienten der verschiedenen Kliniken ein heterogenes Bild. Hier erreicht die Klinik 2 mit 720 Minuten pro Woche ebenfalls einen Extremwert. Minimaler Arbeitseinsatz ist also mit maximalem Fernsehkonsum assoziiert. Allerdings errechnen sich aus 720 Minuten, also 12 Stunden Fernsehen pro Woche 1.7 Stunden Fernsehzeit pro Tag, objektiv wohl eher kein außergewöhnlicher Zeitumfang. Auch liegt Klinik 2 mit 480 Minuten „therapeutischer Aktivitäten i.e.S.“ deutlich im oberen Drittel (s. Abb. 5). Auch die Bedeutung von Aktivitäten kann erst angemessen untersucht werden, wenn der Therapieverlauf der meisten Patienten bekannt ist.

Versuch einer Replizierung früherer Befunde zur Verlaufsprognose

Erledigungen und Entlassungen

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Projektberichtes beläuft sich die Anzahl der Patienten, die entweder zur Bewährung oder nach Erreichen der Unterbringungshöchstfrist direkt aus der Maßregelvollzugsklinik nach StVK in die Freiheit entlassen wurden, auf 47 Patienten. Bei insgesamt 122 Patienten erfolgte die Erledigung der Unterbringung gemäß § 67d Abs. 5 StGB mangels Erfolgsaussicht. Für 107 dieser Patienten gibt es Hinweise darauf, wie die Erledigung initiiert wurde: bei 55 Patienten wurde die Aufhebung der Maßnahme von der Klinik angeregt, 40 Patienten baten selbstständig um Aufhebung. Bei 12 Patienten wurde die Aufhebung in beiderseitigem Einvernehmen beantragt.

Tabelle 5 setzt die Anzahl der Erledigungen in NRW und den anderen Bundesländern in Bezug zur bei Antritt der Unterbringung noch nicht verbüßten Reststrafe.

Tabelle 5: Erledigungen der Unterbringung und Reststrafe in NRW und in den anderen Bundesländern

Reststrafe	Aufhebung der Maßregel NRW	Aufhebung der Maßregel andere BL	Σ
0 Monate	2 (von 5)	2 (von 4)	4 (9)
Bis 12 Monate	8 (von 20)	12 (von 19)	20 (39)
13 bis 24 Monate	9 (von 26)	16 (von 27)	25 (53)
> 24 Monate	32 (von 96)	41 (von 118)	73 (214)
Σ	51	71	122 (315)

Bei 48 Patienten mit höchstens einem Jahr Reststrafe wurde die Unterbringung in 50 % der Fälle bereits mangels Erfolgsaussicht erledigt. Vermutlich spielte hierfür die Aussicht auf schnellere Entlassung in die Freiheit eine wesentliche Rolle.

Es sei erwähnt, dass Patienten mit einer kurzen Reststrafe, deren Unterbringung aufgehoben wurde, seitens der therapeutischen Mitarbeiter als recht reizbare Menschen beschrieben wurden, die sich wenig an den therapeutischen Aktivitäten beteiligen. Im PAS zur dimensionalen Einschätzung ihrer „Persönlichkeitsgestörtheit“ (Cluster B) werden ihnen relativ hohe Werte zugeschrieben. Die Patienten selbst beschreiben das Stationsklima als eher negativ, unter anderem auch den Zusammenhalt der Patienten.

Bildung zweier Patientengruppen mit eher günstigem und eher ungünstigen Outcome

In Tabelle 6 sind die Entlassungsmodi aller bisher aus der Klinik entlassenen Patienten dargestellt sowie ihre Zuordnung zu zwei Outcome- bzw. Verlaufsgruppen. Patienten, deren Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt wurde oder die nach Erreichen der Höchstfrist in die Freiheit entlassen wurden, werden der Gruppe „günstiger Verlauf“ zugeordnet. Patienten, deren Unterbringung aufgrund mangelnder Erfolgsaussichten abgebrochen wurde, die nach Erreichen der Höchstunterbringungsfrist in eine JVA entlassen wurden oder bei denen eine Umkehr der Vollstreckungsfolge von Maßregel und Strafe angeordnet wurde, werden der Kategorie „ungünstiger Verlauf“ zugewiesen. Dies mag im Einzelfall dem klinischen Verlauf nicht wirklich gerecht werden, erscheint von der generellen Tendenz her jedoch angemessen. Bezugnehmend auf die Befunde von Schalast et al. (2009) wird im Folgenden geprüft, ob sich die Gruppenzugehörigkeit statistisch mittels bestimmter Hintergrundmerkmale vorhersagen lässt.

Tabelle 6: Entlassungsmodi aller bisher entlassenen Patienten und Bildung zweier Outcome-Gruppen

	Anzahl (n=175)	Prozent	Gruppenbildung Verlauf*
Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung	41	23,4	günstig
Erledigung mangels hinreichender Erfolgsaussicht	122	69,7	ungünstig
Entlassung in die Freiheit nach Erreichen der Höchstfrist	6	3,4	günstig
Entlassung in die JVA nach Erreichung der Höchstfrist	1	0,6	ungünstig
Umkehr der Vollstreckungsfolge Maßregel / Strafe	4	2,3	ungünstig
Ausländerrechtliche Abschiebung	0	0	-
Tod	1	0,6	-

*Nach Schalast et al., 2009

Der folgenden Tabelle 7 ist zu entnehmen, dass Merkmalen wie „Heimaufenthalt in der Vorgeschichte“, Schulabschluss, Berufsabschluss oder Arbeitslosigkeit in der vorliegenden Stichprobe bisher keine prädiktive Bedeutung zukommt. Auch die Selbsteinschätzung der Patienten hinsichtlich Hyperaktivitätsproblemen in der Kindheit sagt nichts vorher. Ganz erhebliche prädiktive Bedeutung haben jedoch die Angaben über die familiäre Situation in der Kindheit (Modifikation des Childhood Trauma Questionnaire). Allerdings entspricht die Richtung der Unterschiede keineswegs der naheliegenden Erwartung, dass bei Patienten, die eine höhere familiäre Belastung angeben, häufiger eine „Erledigung“ erfolgt. Im letzten Abschnitt dieses Zwischenberichtes (Publikationsmanuskript) werden hierzu Überlegungen angestellt.

Tabelle 7: Familiärer Hintergrund sowie allgemeine Entwicklung und Verlauf

Merkmal	Verlauf ,günstig' n = 47	Verlauf ,ungünstig' n = 127	Prüfgröße	df	p <	Signif.
Alter (bei Untersuchung)	Mw = 36.9	Mw = 37.2	t = - 0.10	171	.918	-
Heimaufenthalt	23.9 %	19.8 %	χ^2 = 0.34	1	.567	-
Erreichen eines Schulabschlusses	68.1 %	75.6 %	χ^2 = 0.99	1	.320	-
Hauptschulabschluss	42.6 %	56.1 %	χ^2 = 2.50	1	.114	-
Abgeschlossene Berufsausbildung	31.9 %	39.7 %	χ^2 = 0.88	1	.348	-
Durchgängig arbeitslos im Jahr vor dem Delikt	57.4 %	57.1 %	χ^2 = 0.01	1	.971	-
Erhebl. instabiles Arbeitsverhalten	40.4 %	38.1 %	χ^2 = 0.08	1	.780	-
Childhood Trauma Questionnaire						
Familiärer Halt	Mw = 2.36	Mw = 2.91	t = -3.4	156	.001	***
Emotionale Vernachlässigung	Mw = 1.17	Mw = 0.89	t = 2.3	154	.026	*
Familiäre Gewalt	Mw = 1.25	Mw = 1.03	t = 2.8	155	.006	**
Familiäre Konflikte	Mw = 1.55	Mw = 1.03	t = 2.6	153	.010	**
CTQ gesamt	Mw = 1.49	Mw = 1.02	t = 3.4	154	.001	***
ADHS Fragebogen Skala FEA-FSB (Döpfner et al., in Vorb.)						
Aufmerksamkeit	Mw = 0.92	Mw = 0.97	t = -.36	155	.720	-
Hyperaktivität	Mw = 0.82	Mw = 0.90	t = -.71	155	.480	-
Gesamtwert	Mw = 0.87	Mw = 0.93	t = -.60	155	.547	-

Auch hinsichtlich der in Tabellen 8 und 9 angeführten Aspekte des Abhängigkeitsverhaltens und der forensischen Anamnese lassen sich zwischen den Outcome-Gruppen keine erwähnenswerten Unterschiede finden.

Tabelle 8: Aspekte des Abhängigkeitsverhaltens und Outcome

Merkmal	Verlauf ,günstig' n = 47	Verlauf ,ungünstig' n = 127	Prüfgröße	df	p <	Signif.
Mehr als zwei stationäre Entgiftungsbehandlungen	53.8 %	41.6 %	$\chi^2 = 1.27$	1	.276	-
Mindestens ein stationärer Entwöhnungsversuch	48.9 %	50.8 %	$\chi^2 = 0.05$	1	.826	-
Abbruch mindestens einer Entwöhnungsbehandlung	31.1 %	35.5 %	$\chi^2 = 0.28$	1	.597	-
Vornehmlich Alkohol	40.4 %	41.7 %	$\chi^2 = 0.02$	1	.877	-
Vornehmlich Drogen	59.6 %	58.3 %	$\chi^2 = 0.02$	1	.877	-
AUDIT Gesamtstichprobe	Mw = 1.8	Mw = 1.4	t = 2.00	154	.048	*
DUDIT Gesamtstichprobe	Mw = 1.8	Mw = 2.1	t = -.90	153	.371	-
AUDIT Alkoholiker	Mw = 2.3	Mw = 1.8	t = 2.02	58	.048	*
DUDIT Alkoholiker	Mw = 0.4	Mw = 0.5	t = -.37	54	.710	-
AUDIT Drogenabhängige	Mw = 1.4	Mw = 1.2	t = 1.03	94	.310	-
DUDIT Drogenabhängige	Mw = 2.8	Mw = 2.9	t = 0.95	97	.460	-

Tabelle 9: Forensische Anamnese und Outcome

Merkmal	Verlauf ,günstig' n = 47	Verlauf ,ungünstig' n = 127	Prüfgröße	df	p <	Signif.
Alter erste Straffälligkeit lt. BZR	MD = 18.0	MD = 17.0	z = -.72		.473	-
Anzahl Einträge im BZR	MD = 9	MD = 8.5	z = -.05		.960	-
Mehr als 5 Einträge im BZR	71.7 %	72.2 %	$\chi^2 = 0.01$	1	.950	-
Gesamtdauer früherer Haft (vor jetzigem Verfahren, in Monaten)	MD = 25.5 MW = 39.2	MD = 24.0 MW = 46.7	z = -.43		.670	-
Haftzeit direkt vor der Unterbringung (in Monaten)	MD = 6	MD = 7	z = -.76		.447	-
Strafmaß (in Verbindung mit der Unterbringung, in Monaten)	MD = 28.9	MD = 30.0	z = -1.00		.316	-

Vorläufige Bewertung

Alles in allem können die Befunde von Schalast et al. (2009) bisher kaum repliziert werden. Die prädiktive Bedeutung des Fragenbogens zur familiären Belastung ist bemerkenswert, doch entspricht die Richtung des Zusammenhangs nicht der Erwartung. Wie im letzten Abschnitt (Publikationsmanuskript) ausgeführt, ist mit aussagefähigen Zusammenhängen erst zu rechnen, wenn der Verlauf bei der Mehrzahl der Patienten bekannt ist. Eine Berücksichtigung des Zeitpunktes einer „Erledigung“ wird die Möglichkeit von Prognosen wohl zusätzlich verbessern.

Erweiterung der Erhebung auf Frauen im § 64-Maßregelvollzug

Im September 2010 entstand auf Grundlage einer Anregung aus der kooperierenden Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar die Idee, die Studie konzeptuell auf eine überschaubare Stichprobe von Frauen im Maßregelvollzug nach § 64 StGB auszuweiten. Diese Teilerhebung ist nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden. In dem Zusammenhang ist zu bedenken, dass der Anteil der Frauen bei den Unterbringungen ähnlich klein ist wie der Anteil weiblicher Insassen des Strafvollzugs und dass in manchen Regionen keine speziellen Stationen für § 64-Patientinnen vorgehalten werden. Es wurden zunächst 34 Erhebungsmanuale an die Kliniken geschickt, die sich zu einer Teilnahme bereit erklärt hatten. Hierbei handelt es sich um:

- *Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hadamar*
- *Volme Klinik (Im Deerth), Hagen*
- *Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH/ Klinik Taufkirchen, Taufkirchen-Vils*
- *Klinikum St. Georg Leipzig gGmbH, Leipzig*

Durch die Verlegung von Patientinnen wurden auch einbezogen:

- *LVR – Klinikum Bedburg-Hau, Bedburg-Hau*
- *Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt, Lippstadt-Eickelborn*
- *Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz, Schkeuditz*

Vor Beginn der Frauenerhebung kam es zu einem ersten Treffen mit Mitarbeitern verschiedener Einrichtungen des Frauenmaßregelvollzugs. Gemeinsam wurden nach eingehender Diskussion die Erhebungsmanuale frauenspezifisch modifiziert. An diesem Treffen nahmen auch der Leiter und Mitarbeiter der JVA Frankfurt III teil. Sie konnten für eine Teilnahme an der Studie gewonnen werden, sodass bisher ein Hauptanteil der Strafgefangenen der weiblichen Vergleichsgruppe in der JVA Frankfurt III rekrutiert wurde.

Seit Beginn der Erhebung wurden uns 32 Erhebungsbögen I zugeleitet. Erfreulicherweise füllten alle Patientinnen den biografischen Erhebungsbogen (Belastungsfaktoren) aus. Von den Erhebungsbögen des Zeitpunktes II wurden bisher 28 Exemplare an das Institut für Forensische Psychiatrie zurück geschickt. Hier machten 85.7 % der Patientinnen weitgehend vollständige Angaben.

Einige Basisdaten der Frauenstichprobe

(Die Prozentangaben und Berechnungen beziehen sich je auf die Anzahl von Patientinnen, zu der Angaben zum berechneten Item vorlagen)

Schulabschluss (n = 32)

Sechs der Patientinnen gaben an, keinen Schulabschluss zu haben. Acht berichteten von einem Realschul- oder höheren Abschluss, die übrigen vom Hauptschulabschluss.

Alter (n = 32)

Das Durchschnittsalter (2012) in der Stichprobe der Maßregelpatientinnen liegt bei 34 Jahren. Die jüngste Patientin ist 22 Jahre, die älteste Patientin 58 Jahre alt.

Suchtproblematik (n = 32)

Diagnostisch steht bei sieben Patientinnen eine Alkoholabhängigkeit, bei 25 eine Drogenabhängigkeit im Vordergrund.

Migrationshintergrund (n = 25)

Von 25 Patientinnen stammen 23 aus Deutschland, je eine aus Polen und aus Russland.

Kommentar

Es war ursprünglich vorgesehen, 50 Patientinnen für den weiblichen Teil der Erhebung zu rekrutieren. Allerdings wurde dieser Teil in einer Phase begonnen, in der in den beteiligten Kliniken nur sehr spärlich Neuaufnahmen erfolgten. Eine Replizierung der weiter oben für männliche Patienten durchgeführten Analysen erscheint an dieser Stelle nicht zweckmäßig. Nach Vervollständigung der Daten ist jedoch vorgesehen, die Ergebnisse für Patientinnen in einer Publikation zusammenzufassen. Besondere Beachtung werden dann die Teile der Erhebungsbögen erhalten, die für die Frauenstudie modifiziert oder erweitert wurden.

Im Folgenden werden nur die Angaben der Frauen zu Stationsaktivitäten kurz zusammengefasst.

Stationsaktivitäten

Auch die Patientinnen wurden gebeten, zum Erhebungszeitpunkt II ihren Tagesablauf auf der Station grob zu skizzieren. Ihre Angaben werden in den Abbildungen 7 bis 9 dargestellt.

Hinsichtlich der mit „Therapeutischen Aktivitäten i.e.S“ verbrachten Zeit unterscheiden die Kliniken sich erheblich. In Klinik 1 sind die Patientinnen 340 Minuten, also 5.7 Stunden, pro Woche in die verschiedenen Therapieeinheiten eingebunden, in Klinik 4 beläuft sich die für Therapie aufgewandte Zeit dagegen auf 10 Stunden.

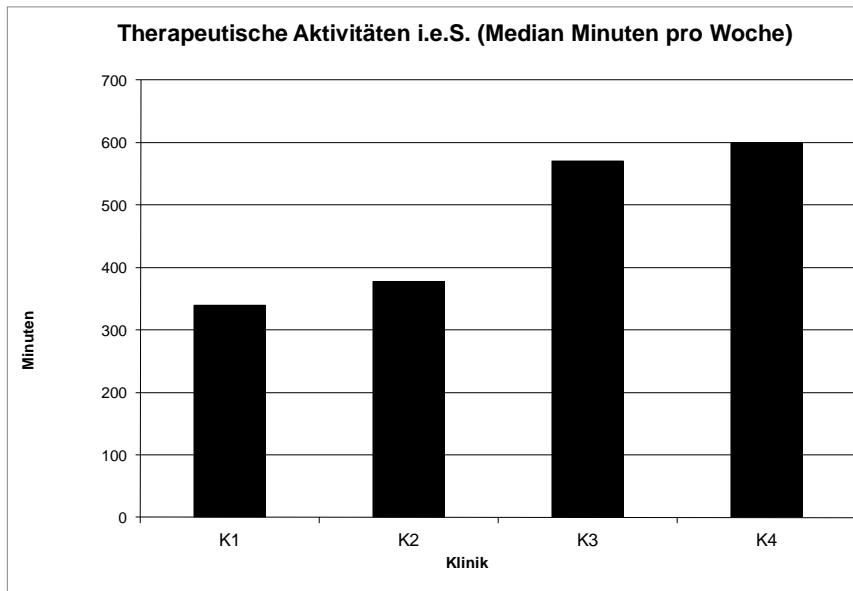


Abbildung 8: Verteilung der „Therapeutischen Aktivitäten i.e.S“ über die Kliniken hinweg

Die mit Arbeit verbrachte Zeit verteilt sich ebenfalls sehr uneinheitlich über die vier beteiligten Kliniken, mit den Extremen 6 und 22.5-Stunden pro Woche.

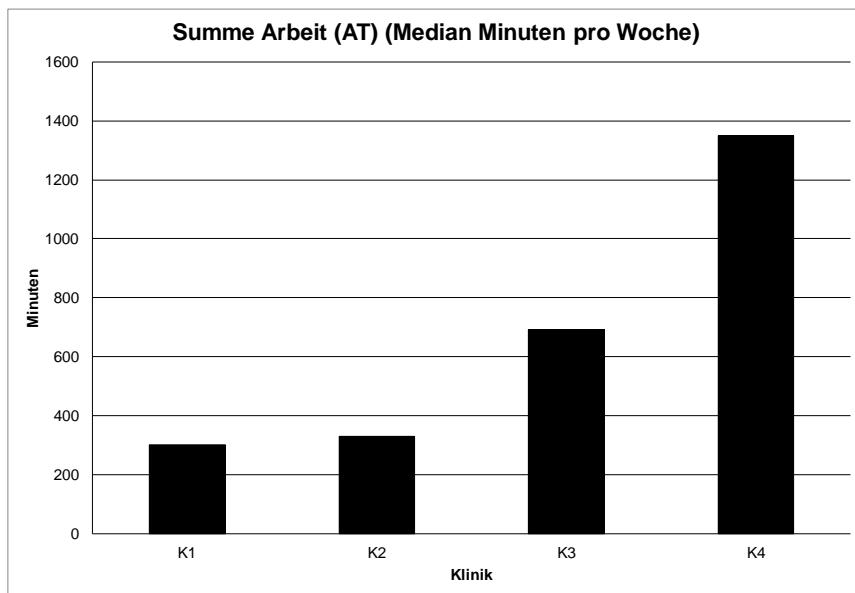


Abbildung 9: Verteilung der „Arbeit“ über die Kliniken hinweg

Auch hinsichtlich des berichteten Fernsehkonsums unterscheiden die Kliniken sich deutlich. Das Niveau ist aber insgesamt niedriger als bei den Männern.

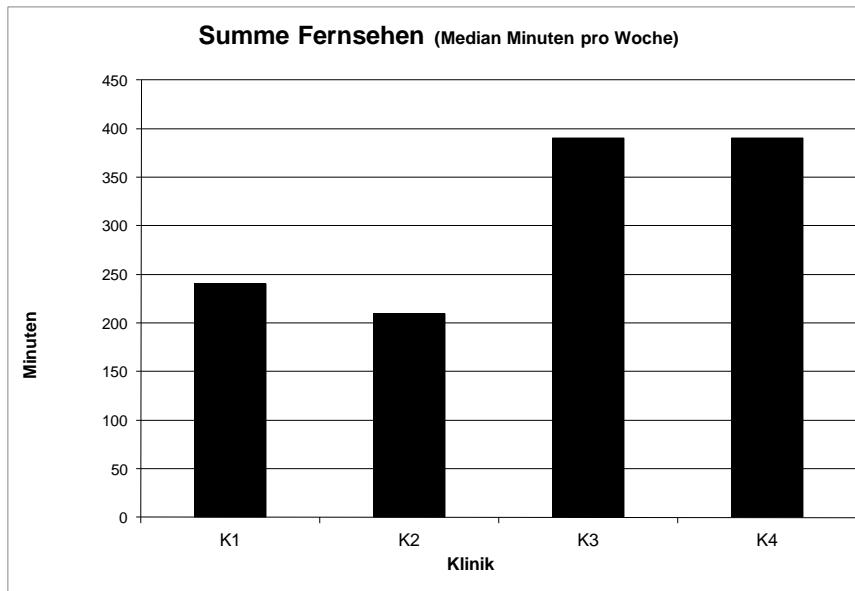


Abbildung 10: Verteilung des „Fernsehens“ über die Kliniken hinweg

Bisheriger Verlauf

Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichtes haben zwei Patientinnen die Maßnahme aufgrund von Aussichtslosigkeit abgebrochen. Eine Patientin wurde bisher nach erfolgreicher Beendigung der Unterbringung in die Freiheit entlassen.

Die Vergleichsgruppe von Strafgefangenen

[Federführend: Shari Boateng]

Die Rekrutierung der Vergleichsgruppe im Strafvollzug ist in 2011 und 2012 zu großen Teilen erfolgt: von den 315 gesuchten „Zwillingen“ konnten in insgesamt 15 Justizvollzugsanstalten, die sich zur Mitarbeit an der Studie bereit erklärt hatten, 288 Gefangene für das „Matching“ gefunden werden.

Das Vorgehen konnte in Absprache mit der Leitung des Fachbereichs Sozialarbeit / Sozialpädagogik der Justizvollzugsschule Wuppertal (Herr Baum) und den Sozialdiensten der 15 Justizvollzugsanstalten optimiert werden. Die Verteilung der 288 gefundenen „Zwillinge“ auf die einzelnen Anstalten illustriert Tabelle 10.

Tabelle 10: Verteilung der „Zwillinge“ auf die kooperierenden Justizvollzugsanstalten

JVA	Anteil beteiligter Gefangener
Aachen	25
Bielefeld-Brackwede	28
Bochum	22
Dortmund	13
Düsseldorf	8
Geldern	22
Gelsenkirchen	33
Hagen	1
Köln	3
Remscheid	21
Rheinbach	27
Schwerte	12
Werl	36
Willich I	33
Wuppertal-Vohwinkel	4

Als Ansprechpartner in den Strafanstalten wurden die Sozialdienste gewählt, da diese aufgrund ihres direkten Kontaktes mit den Strafgefangenen einen Überblick über die Gesamtheit der Häftlinge mit Suchtproblematik haben. Je ein Sozialdienstmitarbeiter bzw. eine Sozialdienstmitarbei-

terin stellte sich als Projektkoordinatorin resp. -koordinator für die Studie zur Verfügung und traf eine Vorauswahl potentiell passender Gefangener nach folgenden Kriterien: *Vorliegen einer Suchtproblematik (vorwiegend Alkoholkonsum, vorwiegend Konsum „weicher“ Drogen, Konsum von Betäubungsmitteln auch unter Nutzung intravenöser Applikation), Strafende vor 2015, kein früherer Maßregelvollzugspatient.*

Erhebungsbogen I

In Zusammenarbeit mit dem Koordinator in der jeweiligen Strafanstalt wurden durch Mitarbeiter des Instituts für Forensische Psychiatrie passende Kandidaten durch Aktenanalyse ausgewählt, die dann anhand des groben Merkmalsrasters mit fünf Merkmalen im Erhebungsbogen I (s. Anhang) mit den bereits in die Studie einbezogenen Patienten aus den Maßregelvollzugseinrichtungen gematcht wurden (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Das Merkmalsraster mit den fünf Merkmalen des Matchings

Patient des Maßregelvollzugs mit Codenummer: | _ | _ | _ | _ | _ |			
Suchtproblematik	<input type="checkbox"/> primär Alkohol	<input type="checkbox"/> primär Drogen	<input type="checkbox"/> Btm einschl. i.v.-Konsum
Alter	<input type="checkbox"/> < 25	<input type="checkbox"/> 25 – 35	<input type="checkbox"/> 36 – 50
BZR: Anzahl früherer Aburteilungen	<input type="checkbox"/> 0 – 4	<input type="checkbox"/> 5 – 10	<input type="checkbox"/> > 10
Frühere Verbüßung von Strafhaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Deliktgruppe (Inhaftierungsurteil)	<input type="checkbox"/> Gewalt	<input type="checkbox"/> Sexualtat	<input type="checkbox"/> Eigentum
	<input type="checkbox"/> BtmG	<input type="checkbox"/> sonstige	

Folgende weitere Daten wurden von den Gefangenen erhoben: Geburtsjahr, Anzahl früherer Aburteilungen laut BZR, Strafzeitbeginn und Strafende (TB und TE), das Strafmaß in Monaten (bzw. die höchste Einzelverurteilung in Monaten im Falle der Verbüßung von Strafen aus mehreren Verurteilungen) und der jeweilige Strafbestand/die jeweiligen Strafbestände, die Grundlage der höchsten Einzelverurteilung darstellen. Weiterhin wurde erhoben, ob der entsprechende Gefangene suchtbezogene Angebote im Strafvollzug nutzt (interne oder externe Suchtberatung, suchtspezifische Gruppen, Unterbringung auf einer suchtspezifischen Abteilung etc.), die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt und in Deutschland geboren ist.

Formular für die Anfrage beim Bundesamt für Justiz

In den Haftanstalten wurde das Formular für die Anfrage beim Bundesamt für Justiz mit den für die Abfrage der Bundeszentralregisterauszüge notwendigen Daten (*Codenummer des Gefangenen, Name, Geburtsdatum, ggf. Geburtsname, Geburtsort*) ausgefüllt und direkt von dort aus an den Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug versandt. Dem Institut für Forensische Psychiatrie werden keine identifizierbaren Personendaten von Gefangenen zugeleitet. Ab 2016 werden die Formulare weitergeleitet an das Bundesamt für Justiz, welches dem Institut pseudonymisierte aktuelle Auszüge der entsprechenden Probanden aus dem Bundeszentralregister zukommen lässt.

Erhebungsbogen II bei Entlassung

Zum Zeitpunkt der Entlassung machen die Koordinatoren auf einem kurzen Erhebungsbogen Angaben zu den im Strafvollzug genutzten *suchtspezifischen Maßnahmen* (*Fallakte „Sucht“ in SoPart®-Justiz⁴* angelegt, *Suchberatung, Unterbringung auf abstinenzorientierter, therapievorbereitender oder Behandlungsabteilung*), zum *Entlassdatum*, zum *Grund der Entlassung* (*Erreichen des Strafendes, Aussetzen eines Strafrestes zur Bewährung, Strafrückstellung - § 35 BtmG, Abschiebung, anderer Grund*) und zu *suchtspezifischen Entlassmodalitäten* (*suchtspezifische Medikation/Substitution, Therapieeinrichtung, betreutes Wohnen*). Die Entlassbögen werden im Anschluss an das Institut für Forensische Psychiatrie gesandt. Da sie im Vorfeld mit der entsprechenden Codenummer versehen wurden, ist eine Zuordnung zum ersten Erhebungsbogen problemlos möglich.

Verlauf der Datenerhebung

Die ersten 250 Zwillinge aus dem Strafvollzug ließen sich relativ problemlos finden. Es zeigte sich allerdings, dass vor allem alkoholabhängige Täter in den Justizvollzugsanstalten in geringer Zahl vertreten sind, so dass sich die Suche nach den letzten 65 Zwillingen für die Patienten, die vornehmlich eine Alkoholproblematik aufweisen, schwierig gestaltet(e). Eine weitere Herausforderung stellte das Merkmal „*Anzahl früherer Aburteilungen laut BZR*“ dar. In der Stichprobe der Maßregelvollzugspatienten gibt es eine recht große Zahl von Personen mit wenigen Einträgen (0 bis 4), wohingegen die meisten Strafgefangenen mehr Registereinträge (5 oder mehr) aufweisen. Um dennoch eine vollständige Vergleichsstichprobe zu realisieren und dabei den Arbeitsaufwand für die Koordinatoren in den Justizvollzugsanstalten nicht unverhältnismäßig zu erhöhen, wurde im Projektteam vereinbart, die strengen Kriterien des Merkmalsrasters in Einzelfällen aufzuweichen. Es wurde entschieden, auch Gefangene als Zwillinge von Maßregelvollzugspatienten

⁴ Eine Dokumentationssoftware für die Fachbereiche der Justiz, die mit Resozialisierungsaufgaben betraut sind (Sozialdienste in den Justizvollzugsanstalten und Ambulante Soziale Dienste wie Bewährungshilfe, Führungsaufsicht und Gerichtshilfe).

in die Stichprobe aufzunehmen, die nicht exakt in der Zahl der Einträge mit den entsprechenden Patienten kongruent sind. Ebenso wurden das *Alterskriterium* und das Kriterium „*Frühere Strafhaft*“ gelockert, so dass auch hier Zwillingspaare entstanden, die in diesen Kriterien nicht übereinstimmen. Die Paare, deren Passung nicht in allen der fünf Merkmale vollständig gegeben war, wurden in der Datei mit einer Markierung versehen, die auch kodiert, in welchem Merkmal keine völlige Übereinstimmung besteht. Insgesamt wurde sichergestellt, dass eine Inkongruenz lediglich in einem Merkmal der fünf Merkmale auftritt. Die beiden Merkmale, in denen nicht liberal vorgegangen, sondern weiterhin konservativ auf eine exakte Passung geachtet wurde, waren „*Suchtproblematik*“ und „*Delikt/Inhaftierungsurteil*“.

Der bisherige Verlauf der Erhebung der Vergleichsstichprobe verlief größtenteils reibungslos und die Kooperation mit den Sozialdienstmitarbeitern und –mitarbeiterinnen im Strafvollzug gestaltete sich ebenfalls unkompliziert. Zwar sind noch nicht für alle Maßregelvollzugspatienten passende Zwillinge aus dem Strafvollzug identifiziert, aber es ist damit zu rechnen, dass die Vergleichsstichprobe innerhalb der nächsten Monate komplettiert werden kann. Die Koordinatoren in den Anstalten wurden zu diesem Zweck gebeten, vor allem auf Neuzugänge zu achten, die möglicherweise in die Stichprobe passen könnten. Gezielt wird anhand der fünf Merkmale nach Matchingpartnern gefahndet.

Vorgehen bei Verlegung

Bei Verlegung eines in die Studie einbezogenen Gefangenen wird die aufnehmende Justizvollzugsanstalt auch im Rahmen des Projektes zuständig. Bisher wurden 36 Probanden aus der „Ursprungsstrafanstalt“ weiterverlegt. In den Anstalten, die bisher noch nicht in die Studie einbezogen waren, konnten zuverlässige Mitarbeiter aus den Sozialdiensten und/oder den Vollzugsgeschäftsstellen gefunden werden, die sich nach kurzer Erläuterung der Studie und Einführung in die Aufgabe der Datenerhebung angenommen haben. Auch hier verläuft die Zusammenarbeit bisher komplikationslos. Anstalten, die nur durch Verlegung in die Studie involviert wurden, sind: *JVA Attendorn, JVA Bielefeld-Senne, JVA Bochum-Langendreer, JVA Euskirchen, JVA Remscheid Zweiganstalt, JVA Siegburg und JVA Wittlich I.*

Entlassungen

Aus dem Strafvollzug entlassen wurden bis zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts 140 der 288 erhobenen Gefangenen, wobei die Entlassgründe differenziert werden. Regelmäßig nach Erreichen des Strafendes wurden 62 Gefangene entlassen. Bei 22 wurde der Strafrest zur Bewährung ausgesetzt und bei 55 Probanden erfolgte eine Strafzurückstellung nach § 35 BtmG. Hierbei erfolgt in der Regel eine Unterbringung in einer Therapieeinrichtung. Einer der in die Studie einbezogenen Gefangenen wurden im Rahmen der Weihnachtsamnestie entlassen (s. Abbildung 11).

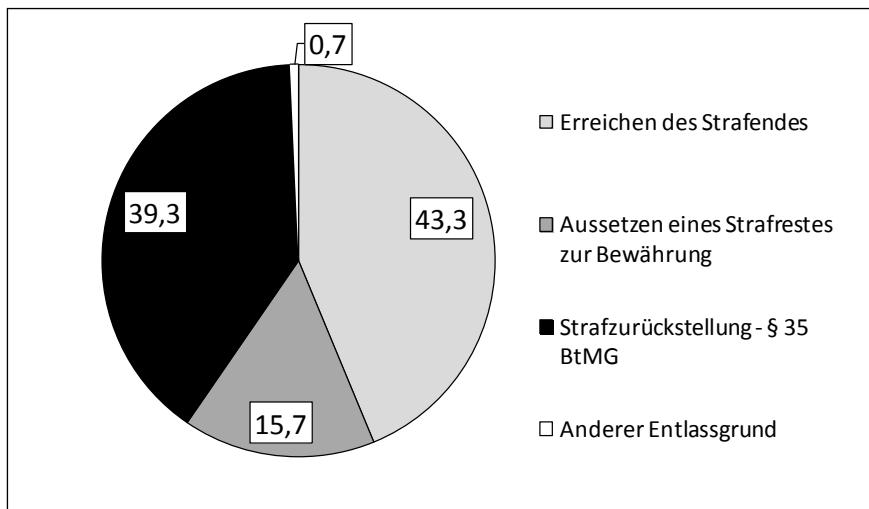


Abbildung 11: Anlass der Entlassungen aus dem Strafvollzug in % (n = 140)

Bei 82 der bisher 140 Entlassenen war zur Zeit des Vollzugs eine Fallakte „Sucht“ in *SoPart®-Justiz* angelegt worden. Insgesamt 82 hatten eine Suchtberatung in Anspruch genommen, die bei 74 erfolgreich abgeschlossen wurde. Die acht anderen hatten die Beratung vorzeitig abgebrochen. Auf einer besonderen Abteilung (abstinentorientierte, therapievorbereitende oder Behandlungsabteilung) waren insgesamt 33 Gefangene untergebracht, die diese alle auch planmäßig beendeten.

16 der bisher Entlassenen erhielten zum Haftstrafenende substituierende Pharmaka oder suchtspezifische Medikation (n = 140). Aus der Haft in eine Therapieeinrichtung entlassen wurden 66 der Probanden (n = 139), in eine betreute Wohneinrichtung/Wohngemeinschaft sieben (n = 140).

Allgemeine Beschreibung der Vergleichsstichprobe

Im Folgenden sollen einige Kenndaten und Merkmale der Stichprobe aus dem Strafvollzug dargestellt werden (siehe Tabelle 12).

Alter

Das *Durchschnittsalter* der Gefangenen aus dem Strafvollzug beträgt 36,5 Jahre, wobei der älteste Proband 66 Jahre alt ist und der jüngste 22.

Strafmaß

Das Strafmaß der Gefangenen beträgt durchschnittlich 36,7 Monate, mit den Extremen 7 und 121 Monaten.

Aburteilungen laut Bundeszentralregister

Im Mittel wiesen die Bundeszentralregisterauszüge der einbezogenen Gefangenen 12 Einträge auf. Das Maximum an Einträgen ist 38, das Minimum 0.

Tabelle 12: Verteilung von Alter, Strafmaß und Anzahl früherer Aburteilungen

Variable	Min	Max	Mw	(SD)
Alter in Jahren	22	66	36,5	(8,1)
Strafmaß in Monaten	7	119	36,7	(19,2)
Aburteilungen lt. BZR	0	38	11,6	(7,3)

Drogen vs. Alkohol

Die Mehrheit der Gefangenen, insgesamt 159, weist (vorwiegend) eine Suchtproblematik bezüglich „weicher“ Drogen auf, bei 89 wird eine Alkoholabhängigkeit angenommen. 40 Gefangene konsumierten Drogen auch über intravenöse Applikation (s. Abbildung 12). Angebote zur Bewältigung ihrer Suchtproblematik nutzten 178 der Gefangenen.

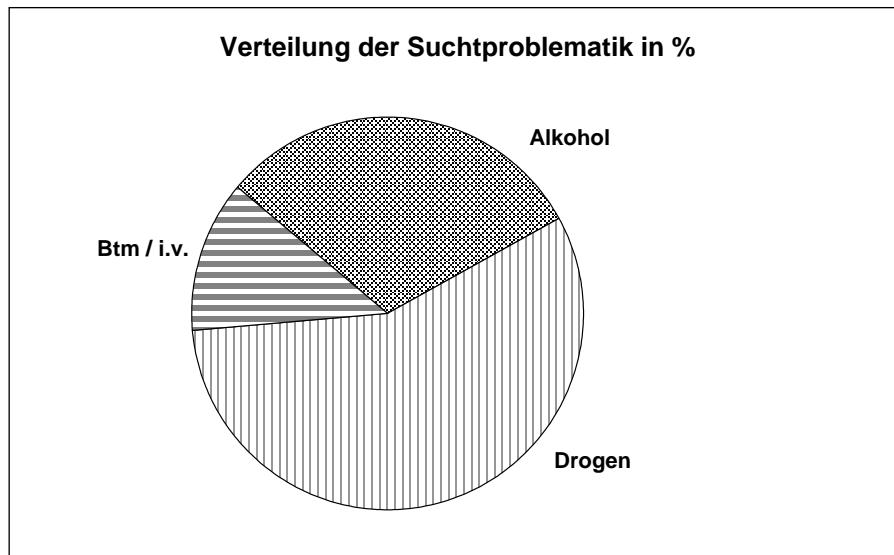


Abbildung 11: Verteilung der Suchtproblematik (n= 288): primär Alkohol (30,9 %), primär Drogen (56,6 %), Btm einschl. i.v.-Konsum (12,5 %)

Die Vergleichsgruppe der weiblichen Strafgefangenen

Die Rekrutierung der Vergleichsgruppe im Strafvollzug für die weibliche Stichprobe aus dem Maßregelvollzug startete im September 2012. Auch hier erfolgte im Vorfeld eine Abstimmung mit den Justizministerien Nordrhein-Westfalen und Hessen sowie den Anstaltsleitungen der kooperierenden Justizvollzugsanstalten. Bisher konnten für die 32 Patientinnen aus den beteiligten Kliniken des Maßregelvollzugs 19 passende „Zwillinge“ gefunden werden. Die bisher an der Erhebung der weiblichen Vergleichsstichprobe beteiligten Justizvollzugsanstalten und die Verteilung der in die Studie einbezogenen Gefangenen sind in Tabelle 13 aufgelistet.

Tabelle 13: Verteilung der gefundenen „Zwillinge“ auf die kooperierenden Justizvollzugsanstalten

JVA	Anteil beteiligter Gefangener
Bielefeld-Brackwede	/ ⁵
Frankfurt am Main III	14
Gelsenkirchen	5
Köln	/
Willich II	/

Erhebungsbögen

Das Vorgehen orientiert sich in den einzelnen Schritten an der Erhebung der männlichen Vergleichsgruppe (s. oben). Die Erhebungsmanuale wurden frauenspezifisch modifiziert, um die Erhebung zusätzlicher Daten zu gewährleisten, die auch bei den Patientinnen im Maßregelvollzug erfasst werden (s. Abbildung 13).

<u>Ergänzungen Daten weiblicher Gefangener</u>					
Codenummer:	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
1. Eigene Kinder	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>				
a. Bis zur Unterbringung selbst versorgt, Anzahl	<input type="radio"/>				
b. Schon vor der Unterbringung im Betreuung durch Angehörige, Anzahl	<input type="radio"/>				
c. Schon vor der Unterbringung in behördlicher Obhut, Anzahl	<input type="radio"/>				
d. Schon vor der Unterbringung in Pflegefamilie/adoptiert Anzahl	<input type="radio"/>				
e. Verstorben, Anzahl	<input type="radio"/>				
2. Alter bei der Geburt des ersten Kindes in Jahren	<input type="radio"/>				
3. Erfahrung mit Prostitution	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>				
4. Suizidversuche	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>				
5. Anzahl	<input type="radio"/>				

Abbildung 12: Erhebungsbogen „Ergänzung Daten weiblicher Gefangener“ (entspricht der von Mitarbeiterinnen des Maßregelvollzugs angeregten Ergänzung für Patientinnen)

⁵ In den Justizvollzugsanstalten Bielefeld-Brackwede, Köln und Willich II wird die Datenerhebung Anfang 2013 erfolgen.

Verlauf der Datenerhebung

Bisher konnten für 19 der insgesamt 32 Patientinnen passende „Zwillinge“ im Strafvollzug gefunden werden. Die Erhebung dauert derzeit noch an, wobei davon ausgegangen wird, dass die weibliche Vergleichsstichprobe in den nächsten Monaten komplettiert werden wird.

Aufgrund der Erfahrungen bei der Datenerhebung im Männervollzug wurde vorab im Projektteam entschieden, das oben beschriebene liberalere Vorgehen beim Matching zu wählen und gegebenenfalls eines der Kriterien *Alter*, *Anzahl der Aburteilungen laut BZR* oder *Verbüßung früherer Strafhaft* auch bei der Erhebung im Frauenvollzug flexibel zu handhaben.

Vorgehen bei Verlegung

Bisher wurde noch keine Probandin aus der „Ursprungsanstalt“ weiterverlegt.

Entlassungen

Aus dem Strafvollzug entlassen wurden bisher vier der 14 erhobenen Gefangenen. Dabei wurden drei Gefangene regulär nach Erreichen des Strafendes entlassen, eine Gefangene erhielt eine Strafzurückstellung nach § 35 BtmG.

Bei der zuletzt genannten Entlassenen war zur Zeit des Vollzugs eine Fallakte „Sucht“ in SoPart®-Justiz angelegt worden, sie erhielt auch eine Suchtberatung und war zusätzlich auf einer besonderen Abteilung (abstinenzorientierte, therapievorbereitende oder Behandlungsabteilung) untergebracht.

Die Entlassung dieser Gefangenen erfolgte unter suchtspezifischer Medikation bzw. Substitution mit anschließender Unterbringung in einer Therapieeinrichtung.

Allgemeine Beschreibung der Vergleichsstichprobe

Es werden im Folgenden einige Kenndaten und Merkmale der weiblichen Stichprobe aus dem Strafvollzug dargestellt (siehe Tab. 14).

Alter

Das Durchschnittsalter der Gefangenen aus dem Strafvollzug beträgt 36,6 Jahre. Die älteste Probandin ist dabei 53 Jahre alt und die jüngste 27.

Strafmaß

Das Strafmaß der Gefangenen beträgt durchschnittlich 25 Monate (Extreme vier bis 71 Monate).

Aburteilungen laut Bundeszentralregister

Im Mittel finden sich in den Bundeszentralregisterauszügen der einbezogenen Gefangenen 11 Einträge, mit einem Maximum von 19 und einem Minimum von vier Einträgen. Der Median der Aburteilungen laut Bundeszentralregister liegt bei 10,5.

Die Tabelle 14 stellt die drei genannten Kennwerte dar.

Tabelle 14: Verteilung von Alter, Strafmaß und Anzahl früherer Aburteilungen

Variable	Min	Max	M (SD)	Median
Alter in Jahren	27	53	36,6 (7,4)	35
Strafmaß in Monaten	4	71	25,1 (18,3)	23
Aburteilungen lt. BZR	4	19	11,4 (5,2)	10,5

Drogen vs. Alkohol

Die vorherrschende Suchtproblematik der bisher in die Studie einbezogenen 19 Gefangenen ist die Drogensucht („weiche“ Drogen); alkoholabhängige Frauen oder Frauen, die Drogen auch intravenös appliziert haben gibt es in der derzeitigen Vergleichsstichprobe nicht.

Kinder

Elf der inhaftierten Frauen haben eigene Kinder. Von diesen wurden bis zur Unterbringung in Haft zwei selbst versorgt, drei waren schon vor der Unterbringung in Betreuung durch Angehörige. In behördlicher Obhut befanden sich schon vor der Strafhaft der Mutter vier der Kinder und vier waren in Pflegefamilien oder bei Adoptiveltern untergebracht.

Im Mittel waren die inhaftierten Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes 20,9 Jahre alt. Die jüngste Mutter war 16 Jahre alt, die älteste 35.

Erfahrung mit Prostitution und Suizidversuche

Die Erhebung der beiden folgenden Merkmale „Erfahrung mit Prostitution“ und „Suizidversuche“ erfolgt anhand freier Aktenanalyse. Da diese Merkmale nicht grundsätzlich bei Einweisung in den Justizvollzug erhoben werden, kann hier nur ein unvollständiges Bild dargeboten werden. Es zeigte sich, dass eine verlässliche Erhebung dieser Daten nicht möglich ist.

Publikationsmanuskript:

Essener Evaluation der Unterbringung in der Entziehungsanstalt – ein Zwischenbericht

Zusammenfassung: Verschiedene Studien haben in den letzten 20 Jahren Erkenntnisse zur Bewährung suchtkranker Täter nach Unterbringung in einer Entziehungsanstalt zusammengetragen. Aus einer Reihe von Gründen erlauben diese Untersuchungen allerdings kaum Einschätzungen des therapeutisch-rehabilitativen Gesamtertrags der Maßnahme. Am Institut für Forensische Psychiatrie in Essen konnte im Jahr 2009 eine vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW finanzierte, prospektiv angelegte Studie zur Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB begonnen werden, deren Abschluss 2017 erfolgen wird. Der vorliegende Beitrag ordnet die Methodologie der Untersuchung ein, zieht eine Zwischenbilanz hinsichtlich des Verlaufs der Datenerhebung und diskutiert einige Einzelbefunde. Auch auf mögliche Fehlerquellen bei der Datenerhebung wird hingewiesen.

Schlüsselwörter: Maßregelvollzug, Entziehungsanstalt, Evaluation, gematchte Vergleichsgruppe

Einleitung

Über den therapeutischen / rehabilitativen Ertrag der Unterbringung in der Entziehungsanstalt nach § 64 StGB liegen, wie im Folgenden dargestellt wird, nur begrenzte Erkenntnisse vor. Dies ist umso bedauerlicher, als die Spruchpraxis des BGH auf eine extensive Anwendung der Rechtsbestimmung auch in Grenzfällen hinausläuft (Schneider 2008). Der Versuch des Gesetzgebers, mit dem „Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt“ vom 16.07.2007 zu einer „zielgerechteren Nutzung“ der letzteren beizutragen, wurde auf diese Weise neutralisiert (Schalast 2012).

Am Institut für Forensische Psychiatrie in Essen konnte im Jahre 2009 eine Evaluationsstudie begonnen werden, deren Methodik im Vorfeld in einem längeren Prozess mit vielen Beteiligten abgestimmt wurde (Schalast et al. 2009). Der Abschluss der prospektiven und multizentrischen Studie ist für das Jahr 2017 vorgesehen. Bevor im Folgenden der Stand der Erhebung und einige Zwischenergebnisse dargestellt werden, wird zunächst das methodische Konzept eingeordnet, und zwar bezugnehmend unter anderem auf die systematische Darstellung von Suhling (2012) zur Evaluation von Straftäterbehandlung.

Methodische Aspekte der Evaluation (sozial-) therapeutischer Maßnahmen bei Straftätern

Evaluation und gesellschaftlicher Kontext

Wissenschaftliche Evaluation und Qualitätssicherung spielen in unserer Gesellschaft generell eine zunehmende Rolle. Sie sollen dazu beitragen, dass Aufgaben zielführend, wirksam und kostengünstig erfüllt werden (Suhling 2012, S. 163). In Bezug auf Sanktionen sowie therapeutische und rehabilitative Maßnahmen für straffällige Menschen hat Wirksamkeitsforschung eine besondere gesellschaftliche Bedeutung: Die Kosten, die durch strafende und durch therapeutische Maßnahmen entstehen, sind nicht unerheblich. Die Datenlage zur Wirksamkeit therapeutischer Angebote und Programme ist durchaus widersprüchlich, die Einstellung der Bevölkerung und der politisch Verantwortlichen zu ihnen von Grundhaltungen geprägt, die sich im Wandel befinden. Der Strafzweck „Resozialisierung“ hat im öffentlichen Bewusstsein an Stellenwert verloren, zugunsten von Abschreckung und Vergeltung (Schwind u.a. 2001). Behandlung und Resozialisierung beinhalten wesentlich ein versöhnliches Moment. Eine dem entgegen gerichtete Haltung findet möglicherweise in wachsenden Teilen der Bevölkerung eine positive Resonanz. Belege der Effektivität von Behandlung und Resozialisierung erscheinen in diesem Zusammenhang ausgesprochen wichtig.

Für Strafen und für (sozial-) therapeutische Angebote lässt sich eine Palette an globalen und spezifischen Zielen formulieren. Entscheidend für die Bewertung der Unterbringung gemäß § 64 StGB ist ohne Frage, ob erneute drogen- oder alkoholassoziierte Straftaten nach Behandlung in der Entziehungsanstalt seltener beobachtet werden als nach bloßer Verbüßung von Strafhaft. Strafvollzug oder die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus erfüllen auch dann einen ihrer Zwecke – die Verhinderung erneuter strafbarer Handlungen während der Zeit des Freiheitsentzugs - wenn sie therapeutisch unwirksam sind. Das Rechtsinstitut Entziehungsanstalt rechtfertigt sich jedoch nur durch (sozial-) therapeutischen Ertrag. Dies ergibt sich schon daraus, dass die Unterbringung im Einzelfall ohne hinreichend konkrete Aussichten eines Behandlungserfolgs nicht angeordnet werden darf (§ 64 Satz 2 StGB).

Generelle Wirksamkeit und Effekte spezifischer Behandlungsbausteine

Neben der Untersuchung der generellen Wirksamkeit einer Vollzugsform kann Evaluation sich auf konkrete therapeutische Aktivitäten und Angebote beziehen, die im Rahmen des Vollzugs erbracht werden. Der Ertrag einer Maßnahme kann ja entscheidend von ihrer Ausgestaltung abhängen, was pauschale beziehungsweise abschließende Aussagen zur Wirksamkeit erschwert. So ist hinsichtlich der Unterbringung gemäß § 64 StGB bemerkenswert, wie erheblich sich Kliniken hinsichtlich der Quote von Patienten unterscheiden, deren Unterbringung wegen fehlender Erfolgsaussichten abgebrochen wird (§ 67d Abs. 5 StGB). Laut Stichtagserhebung 2010 (von der Haar 2011) variierte dieser Anteil in den beteiligten Kliniken zwischen knapp 25 und über 80 %.

Es wurden Versuche unternommen, konkrete Bausteine der Behandlung in der Entziehungsanstalt im Hinblick auf ihren Nutzen zu prüfen (Fontao et al. 2006, Pein et al. 2012, Wettermann et al. 2012). Die dabei herangezogenen Kriterien bezogen sich allerdings nicht auf den globalen Zweck der Unterbringung (prospektive Verhinderung erneuter Straffälligkeit), sondern auf zeitnahe psychometrische Indikatoren eines Behandlungsertrags, für die eine Bedeutung im Hinblick auf langfristige Verhaltensänderung vermutet wurde. Es stellt sich dabei die Frage, ob es sich um valide Merkmale handelt, die tatsächlich Indikatoren von Behandlungsertrag und Rückfallrisiko sind. Generell ist die Frage der Validität eines Untersuchungsplans und von Operationalisierungen ein wichtiges Problem der Evaluationsforschung (siehe Suhling 2012, S. 173). Wittmann (2012) hat auf die Notwendigkeit hingewiesen, den Nutzen medikamentöser Hilfestellungen, vor allem Substitution, für Patienten der Entziehungsanstalten zu evaluieren. Generell sieht Wittmann in einer Differenzierung des Therapiekonzepts für unterschiedliche Patientengruppen einen wesentlichen Schlüssel zur Erhöhung des therapeutischen Ertrags.

Wirksamkeit und Effizienz

Die Frage nach der Effizienz der Behandlung geht über die der Wirksamkeit hinaus: Natürlich kann eine unwirksame Maßnahme nicht effizient sein. Aussagen zur Effizienz erfordern es aber, den therapeutischen oder rehabilitativen Ertrag der Maßnahme in Beziehung zu setzen zum erbrachten Aufwand. Auch müssen, falls vorhanden, mögliche Alternativen in die Betrachtung einzbezogen werden. Hinsichtlich der Entziehungsanstalt (compulsory treatment) liegt es nahe, bei drogenabhängigen Tätern die Möglichkeit der Strafzurückstellung im Vollstreckungsverfahren (quasi compulsory treatment, Stevens et al. 2006) in die Betrachtung einzubeziehen, die in §§ 35 ff BtmG geregelt ist (vgl. Schalast 2012).

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Suhling (2012, S. 170) weist noch hin auf die übliche Unterscheidung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Der erste Aspekt betrifft Rahmenbedingungen wie personelle und räumliche Ausstattung und die grundsätzliche Behandlungskonzeption, der zweite Aspekt organisatorische und funktionelle Abläufe wie auch die konkrete Implementierung von therapeutischen Konzepten. Ergebnisqualität darf wohl als der entscheidende Qualitätsaspekt bezeichnet werden, er betrifft das „Outcome“ im eigentlichen Sinne. Als Analogie könnte man für das Fachgebiet Chirurgie feststellen: während der erste Qualitätsaspekt (Strukturqualität) das Krankenhaussetting beschreibt (z.B. Räumlichkeiten, personelle Ausstattung) und der zweite (Prozessqualität) unter anderem die Kunst der Operateure und die Sorgfalt bei operativen Abläufen, geht es beim dritten darum, ob der Patient den Eingriff überlebt und wie sich seine weitere Lebensqualität darstellt.

Untersuchungspläne in Evaluationsstudien

Eine der umfangreichsten Metaanalysen zur Wirksamkeit von Verbrechenspräventionsprogrammen wurde von Sherman et al. (2002) vorgelegt⁶. Die Qualität der berücksichtigten Studien wurde anhand einer 5-stufigen Skala bewertet (Farrington et al. 2002). Nur Studien, die mindestens Stufe 3 der Skala erreichten, wurden in die Analyse aufgenommen. Die fünf Skalenstufen können kurz so beschrieben werden: (1) Für die Absolventen einer Maßnahme wird ein Erfolgsmäß bzw. ein Outcome-Kriterium erhoben, ohne untersuchungsinterne Referenzwerte. (2) Es erfolgen Messungen vor und nach einer Intervention, aber ohne Vergleichsgruppe. (3) Es gibt eine (allerdings nicht systematisch generierte und nicht sorgfältig auf Vergleichbarkeit geprüfte) Kontrollgruppe. (4) Es besteht eine Kontrollgruppe, deren Vergleichbarkeit kontrolliert wird. (5) Klienten werden einer Interventions- und einer Vergleichsgruppe zufällig zugewiesen.

Bei Studien der Qualitätsstufe 1 und 2 kann nur vage darüber spekuliert werden, ob ein bestimmtes Outcome in der Gruppe eine tatsächliche Folge der Intervention ist. Manche Untersuchungen vergleichen Patienten, die in einer Institution an einer bestimmten Behandlungsform teilgenommen haben, mit den übrigen Patienten (was der obigen Skalenstufe 3 entspricht). Es besteht dann ein hohes Risiko, dass die Zuweisung zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe mit prognoserelevanten Merkmalen konfundiert ist (etwa: Behandlungsmotivation, therapeutische Ansprechbarkeit, Gruppenfähigkeit, Intelligenz u.a.m.). Ganz zweifelhaft ist es, Patienten, die eine Behandlung absolviert haben, mit den „Drop outs“, den Abbrechern zu vergleichen (z.B. McMurran & Cusens 2003) und daraus auf Behandlungseffekte zu schließen. Eine basale Erkenntnis der Evaluationsforschung lautet, dass eben diese Abrecher praktisch immer eine ungünstigere Prognose haben als die Absolventen eines Programms (vgl. Egg 1990). Dies ist im Zusammenhang mit denjenigen Patienten der Entziehungsanstalten zu bedenken, die nach Erledigung der Unterbringung in den Strafvollzug zurückverlegt werden.

Belastbare Aussagen zur Wirksamkeit einer Behandlung erfordern den Vergleich des Outcomes nach der Intervention mit einer nicht oder anders behandelten adäquaten Vergleichsgruppe. Der sicherste Weg, die Vergleichbarkeit von Interventions- und Vergleichsgruppe sicherzustellen, ist die Zufallszuweisung zu den beiden Bedingungen (randomized controlled trial, Stufe 5 der obigen Skala). RCTs sind der „Goldstandard“ der Evaluationsforschung (kritisch: Slade & Priebe 2001). Natürlich ist eine Zufallszuweisung in eine Maßnahme wie den § 64-Maßregelvollzug nicht denkbar, auch wenn es de facto immer auch von zufälligen Umständen abhängt, ob ein Strafverfahren auf die Anordnung der Unterbringung hinausläuft (vgl. Schalast 2005).

⁶ Siehe auch: Sherman et al. (2002) Preventing Crime: What works, what doesn't, what's promising. A Report to the US-Congress. Download: <https://www.ncjrs.gov/works/>.

Selektive vs. vollständige Weiterverfolgung von Untersuchungsgruppen

In aller Regel gelingt es in prospektiven Studien nicht, über alle Teilnehmer zu späteren Zeitpunkten erneut Daten zu erheben („Stichprobenschwund“). Bei bisherigen Studien zum Outcome nach einer Unterbringung gemäß § 64 StGB war dieser Schwund meist schon im Versuchsplan angelegt. Eine Nachverfolgung von Patienten, die nach Erledigung der Unterbringung in den Strafvollzug zurückverlegt werden, wurde gar nicht erst angestrebt. Eine realistische Bewertung des „Rechtsinstituts Entziehungsanstalt“ erfordert jedoch eigentlich, möglichst vollständige Verlaufsdaten über alle Patienten zu gewinnen, die in den beteiligten Institutionen zur Aufnahme kamen. Nur auf diese Weise kann zum Beispiel eingeschätzt werden, ob eine Maßnahme auf eine Teilgruppe der Absolventen möglicherweise sogar ungünstige Auswirkungen hat (vgl. Moos 2005). In einer Gesamtbilanz müsste dies berücksichtigt werden. Abbildung 1 beschreibt als Beispiel den Selektionsprozess in der aufwändigen Regensburger Katamnesestudie (Bezzel 2010). Die Datenerhebung im die Entziehungsanstalt betreffenden Teil der Studie berücksichtigte Daten über 662 Patienten, die im Erhebungszeitraum seit 2001 zur Aufnahme gekommen waren. Letztlich wurden 118 in die Freiheit entlassene Patienten durchschnittlich 432 Tage nach Entlassung aus der Klinik zu ihrer Lebenssituation befragt. Zusätzlich wurden Auskünfte aus dem Bundeszentralregister eingeholt und zum Teil Bewährungshelfer zur Zusammenarbeit mit den Klienten befragt. Es sei zunächst eingeräumt, dass eine solche Nacherhebung mit einem enormen Aufwand verbunden ist und dass die Ergebnisse aus Sicht der Praxis ausgesprochen wertvoll sind. Man erhält eine Rückmeldung über den Verlauf bei denjenigen Patienten, die vermeintlich recht erfolgreich behandelt wurden. An deren Schicksal haben die Behandler verständlicherweise großes Interesse. Der in Abb. 1 beschriebene Selektionsprozess schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse jedoch ein. Um noch einmal die Analogie zur Chirurgie zu strapazieren ist es, als würde man eine Operationsmethode anhand der Fälle bewerten, die den Eingriff überleben.

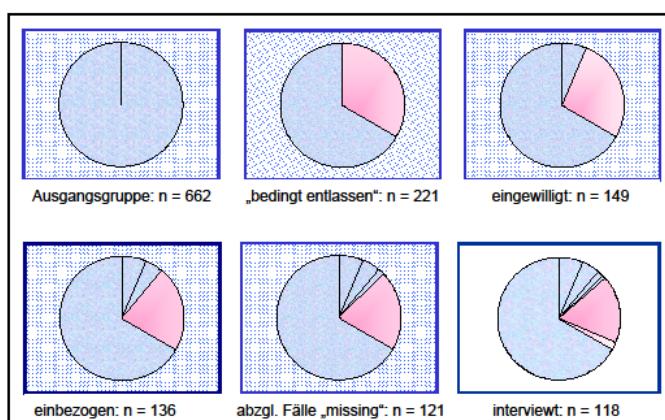


Abbildung 1: Selektiver Prozess in der Regensburger Katamnesestudie (Bereich Entziehungsanstalt): der rosa-farbene Sektor im letzten Feld beschreibt den Teil der Ausgangsstichprobe, über den letztlich umfassende Daten erhoben wurden (Bezzel 2010), und zwar durch Interviews (größeres Segment) oder durch Auskünfte von Bewährungshelfern (kleines Segment).

Die Methodik der Essener Evaluationsstudie

Versuch der Datenerhebung über eine unausgelesene Patientengruppe über mehrere Zeitpunkte

In der Untersuchung kooperieren sieben Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Nordrhein-Westfalen und neun in anderen Bundesländern. Die Kliniken wurden gebeten, im verabredeten Zeitfenster alle Patienten, die neu in die Unterbringung aufgenommen wurden, in die Untersuchung einzubeziehen. Mit Datenschutzbehörden wurde abgestimmt, dass das Einverständnis der Patienten hierfür nicht erforderlich ist. Dem Institut werden nur pseudonymisierte Daten zur Verfügung gestellt. Es erfolgt keine persönliche Kontaktaufnahme mit Patienten und selbstverständlich keine Akteneinsicht.

Die Patienten werden allerdings über die Studie informiert. Sie werden eingeladen, zu den ersten zwei Erhebungszeitpunkten selbst Angaben auf je einem Erhebungsbogen zu machen. Alle Erhebungsbögen sind mit der Codenummer des jeweiligen Falls (dem Pseudonym des Patienten) versehen, so dass Einschätzungen aus verschiedenen Quellen und zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten einander zugeordnet werden können.

Mögliche Fehlerquellen: Grundsätzlich ist es nicht ausgeschlossen, dass neu aufgenommene Patienten aufgrund organisatorischer Probleme oder Unachtsamkeit nicht berücksichtigt werden. In Erhebungsbögen kann es zu Falschangaben und Kodierungsfehlern kommen. Vonseiten der Patienten ist bei der Bearbeitung von Erhebungsbögen mit begrenzter Kooperation zu rechnen, was von vorne herein eingeplant ist (die Angaben werden als ergänzende Information betrachtet). Aufgrund von Organisationspannen, Mitarbeiterwechseln oder individuellem Desinteresse kann die Compliance zu späteren Erhebungszeitpunkten abnehmen (Problem des Stichprobenschwundes). Dies gilt besonders, wenn der Verlauf der Unterbringung durch Verlegungen oder die Unterbrechung der Unterbringung verkompliziert wird.

Rekrutierung einer gematchten Vergleichsgruppe von Strafgefangenen mit Suchtproblemen

In der Essener Evaluationsstudie wird versucht, zur Stichprobe von Maßregelpatienten eine adäquate Vergleichsgruppe von Strafgefangenen mit Suchtproblemen zu rekrutieren. Wenn dies gelingt, erreicht die Studie Stufe IV der oben beschriebenen Beurteilungsskala (Maryland Scientific Methods Scale, Farrington et al. 2002).

Die Gleichwertigkeit von „Interventionsgruppe“ (Maßregelvollzug) und Vergleichsgruppe (Strafvollzug) soll erreicht werden, indem für jeden Patienten – bezugnehmend auf ein Raster von Merkmalen – ein passender „Zwilling“ im Strafvollzug identifiziert wird. Tabelle 1 stellt das Merkmalsraster dar.

Mögliche Fehlerquellen: Ein weitgehend sicherer Weg der Etablierung gleichwertiger Untersuchungsgruppen ist eigentlich nur die Zufallszuweisung zur Interventions- und Kontrollgruppe. Kritiken an Studien wie der hier vorgestellten beziehen sich häufig gerade auf die Vergleichbarkeit

der beiden Gruppen. Zum Beispiel könnte gemutmaßt werden, dass unter einer der beiden Bedingungen die dissozialeren, süchtigeren, „motivierteren“, prognostisch günstigeren Fälle betreut und behandelt werden, dass also die Variable Gruppenzugehörigkeit mit prognoserelevanten Merkmalen konfundiert ist. Allerdings spricht manches dafür, dass die Klientel der Entziehungsanstalten gleichsam eine Zufallsauswahl aus der großen Gruppe von Straftätern mit Suchtproblemen darstellt (vgl. Schalast et al. 2005). Eine gewisse Kontrollmöglichkeit ist bei der Evaluationsstudie gegeben, da einige Merkmale der Gefangenen über das Matching-Schema hinaus präzise erhoben werden (Alter, frühere Aburteilungen laut BZR, Strafmaß, Straftatbestände, Migrationshintergrund, Nutzung suchtbezogener Angebote im Vollzug.). Außerdem werden über Patienten und Gefangene im letzten Erhebungsschritt aktuelle BZR-Auszüge eingeholt, die einen ergänzenden Vergleich der in den beiden Gruppen rekrutierten Fälle ermöglichen.

Tabelle 1: Merkmalsschema zur Identifikation eines geeigneten „Zwillings“ im Strafvollzug zu jedem Patienten der Maßregelstichprobe („Matching“)

Patient des Maßregelvollzugs mit Codenummer: | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |					
Suchtproblematik *	primär Alkohol		primär Drogen		Btm mit i.v.-Konsum
Alter	< 25		25 - 35		36 - 50 > 50
BZR frühere Aburteilungen	0 - 4		5 - 10		> 10
Frühere Hafterfahrung **	ja		nein		
Deliktgruppe lt. aktuellem Urteil	Gewalt	Sexualdelikt	Eigentum	BtmG	sonstige

*: Die Kategorie „Btm mit i.v.-Konsum“ soll einen „harten Kern“ Drogenabhängiger identifizieren

**: Vorhafterfahrung aufgrund früherer Verurteilung

Einhaltung von BZR-Auskünften nach Entlassung in die Freiheit

Wie schon angemerkt, sollen über alle Patienten und Gefangenen, und zwar in der zweiten Jahreshälfte 2016, pseudonymisierte Auskünfte aus dem Bundeszentralregister eingeholt werden. Sowohl die beteiligten Kliniken als auch die JVAen leiten zu diesem Zweck Bögen mit Namen, Geburtsdatum und Geburtsort sowie der Projekt-Codenummer der Betreffenden an den Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug in NRW. Dieser (und aus Datenschutzgründen nicht das Institut) initiieren die Anfrage beim Bundesamt für Justiz. Durch die absehbaren zeitlichen Abläufe und den Zeitrahmen des Projektes ist gewährleistet, dass die Anfrage im Durchschnitt deutlich später als zwei Jahre nach Entlassung in die Freiheit erfolgt.

Mögliche Fehlerquellen: Obwohl es sich bei BZR-Einträgen um ein hoch objektives Kriterium handelt, dürfen von katamnestisch eingeholten Strafregisterauszügen keine vollständig reliablen Daten erwartet werden. Suhling (2012, S. 176) und Jehle et al. (2004, S. 20 ff) weisen auf Fehlerquellen hin. Einige wichtige seien im Folgenden genannt:

- Verfahrenseinstellungen nach §§ 153 ff StPO, von denen laut Rechtspflegestatistik zunehmend häufiger Gebrauch gemacht wird, finden bei Erwachsenen keinen Eintrag im BZR.

- Das Bundeszentralregister erhält nicht regelmäßig Nachricht vom Tod einer Person.
- Abschiebung und Auswanderung wird überwiegend nicht registriert. Dies trägt zu einer generell niedrigeren Rückfallquote bei ausländischen Gefangenen bei.
- Aufgrund mangelnder Meldemoral können Einträge unvollständig sein. So fehlen etwa nicht selten Angaben zum Ende der Strafvollstreckung.
- Natürlich besteht das Problem des Dunkelfeldes: gerade bei eher geringfügigen Rechtsbrüchen ist von einer niedrigen Aufklärungsquote auszugehen. Allerdings macht es die Häufigkeit entsprechender Handlungen in bestimmten Milieus wahrscheinlich, dass es bei Patienten, die ihren drogen- oder alkoholassozierten Lebensstil fortsetzen, über längere Zeiträume zu erneuten Verfahren und auch Eintragungen kommt.

Grundsätzlich darf man darauf hoffen, dass Fehlerquellen über beide Untersuchungsgruppen unsystematisch verteilt sind. Mit der Größe der Stichprobe steigt dann die Wahrscheinlichkeit, dass Interventionseffekte statistische Signifikanz erreichen.

Der Versuch, BZR-Daten mit den Ergebnissen einer direkten Befragung der Klienten abzugleichen, kann die Datenuverlässigkeit erhöhen, ist bei großen Stichproben aber sehr aufwändig (vgl. Dimmek et al. 2010). Gerade bei Patienten, die nicht von der Klinik in die Freiheit entlassen werden, ist die Nachverfolgung schwierig und mit einem hohen Stichprobenschwund zu rechnen. Dies stand für die hier dargestellte Untersuchung nicht zur Diskussion.

Struktur- und Prozessqualität

Im Prinzip wäre es ausgesprochen wichtig, im Rahmen der Evaluation einer Maßregelbehandlung differenziert und valide zu erfassen, welche Therapie in der Arbeit mit Patienten wie realisiert wird und welche Umstände sich möglicherweise therapietwidrig auswirken. Dies im Rahmen einer größeren, viele Einrichtungen einbeziehenden Studie wissenschaftlich überzeugend zu leisten ist extrem schwierig. Ein Ansatz wäre, Szenen des Stations- und Behandlungsalltags zu filmen und von neutralen Urteilern einschätzen zu lassen. Dies ist aus vielerlei Gründen (nicht zuletzt datenschutzrechtlichen) kaum realisierbar. Die pauschale Frage nach der therapeutischen Arbeitsform (verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch orientiert, dialektisch-behavioral u.a.m.) verspricht kaum substantielle Erkenntnisse und ignoriert, dass die Patienten einer Fülle unsystematischer Einflüsse ausgesetzt sind.

In der Essener Studie wird folgendes versucht: Erhoben werden Stationsgröße und –auslastung, Lockerungsgrad und personelle Ausstattung. Zum Erhebungszeitpunkt II werden Patienten und Mitarbeiter gebeten, auf einem kurzen Beurteilungsbogen das Stationsklima einzuschätzen (Schalast 2008). Ebenfalls werden sie gebeten, die Bedeutung bestimmter Therapiethemen für den betreffenden Patienten einzustufen (Skala ‚unwichtig‘ bis ‚sehr wichtig‘). Zusätzlich können die Patienten beschreiben, wie viel Zeit sie pro Woche mit bestimmten Aktivitäten verbringen,

zum Beispiel mit Arbeit(stherapie), Einzelgesprächen, Sport oder Fernsehen. So wird zumindest annäherungsweise versucht, Aspekte der Gestaltung der Unterbringungssituation abzubilden.

Der bisherige Stand der Datenerhebung

Die Datenerhebungen begannen in den NRW-Kliniken im Herbst 2009, in den anderen Bundesländern aufgrund datenschutzrechtlicher Prüfungen im Mittel ein halbes Jahr später. Bis Frühjahr 2011 wurde die Rekrutierung einer unausgelesenen Stichprobe von 315 Fällen realisiert. Inzwischen liegen über 310 dieser Patienten weitgehend vollständige Datensätze für die Erhebungszeitpunkte I und II vor.

Bisher wurden 175 Patienten per StVK-Beschluss aus der Unterbringung entlassen. In 122 dieser Fälle wurde die Unterbringung mangels Erfolgsaussicht erledigt (§ 67d Abs. 5 StGB). In immerhin 41 Fällen erfolgte eine Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung mit Entlassung in die Freiheit. Die Relation dieser Entlassungsmodi wird sich voraussichtlich im weiteren Verlauf zugunsten der Bewährungsaussetzung verschieben. Gerade in NRW erfolgen diese Aussetzungen in aller Regel erst nach deutlich mehr als zweijähriger Unterbringung – einschließlich einer längeren Phase der Erprobung im zukünftigen Lebensumfeld („Langzeiturlaub“, siehe auch Schalast 2013). In den genannten 175 Fällen des Abschlusses der Unterbringung wurden dem Institut ausnahmslos die Erhebungsbögen III mit Angaben zu Unterbringungsverlauf und Rahmenbedingungen der Entlassung zugeleitet.

Auch die Rekrutierung der Vergleichsgruppe von Strafgefangenen wurde erfolgreich auf den Weg gebracht. Für 288 Patienten konnten inzwischen „Zwillinge“ im Strafvollzug identifiziert werden. Wie erwartet war es in über der Hälfte der Fälle relativ einfach, Patienten passende Gefangene zuzuordnen. Je weiter die Vervollständigung der Vergleichsgruppe voranschreitet, desto schwieriger ist es, für einzelne Patienten (mit eher seltener Merkmalskombination) den passenden Zwilling zu identifizieren. Die Autoren sind allerdings zuversichtlich, wenigstens 300 Patienten Vergleichsfälle zuordnen zu können.

Versuch der Replizierung früherer Befunde zur Verlaufsprognose

Mit Bezugnahme auf Schalast et al. (2008) wurde geprüft, ob sich bereits beim jetzigen Stand der Datenerhebung frühere Erkenntnisse zu Merkmalen replizieren lassen, die eine gewisse Prognose des Verlaufs der Unterbringung bzw. des Entlassungsmodus ermöglichen. Innerhalb der Gruppe der bereits entlassenen Patienten wurden zwei Teilgruppen mit eher günstigem (vor allem Entlassung zur Bewährung, Entlassung nach Erreichen der Höchstfrist in die Freiheit) und eher ungünstigem Outcome (vor allem Erledigung mangels Erfolgsaussicht, Entlassung nach Erreichen der Höchstfrist in den Strafvollzug) gebildet. Tabelle 2 beschreibt die Verteilung einiger Merkmale in den beiden Gruppen.

Tabelle 2: Vergleich der Teilgruppen mit eher günstigem und eher ungünstigem Ausgang der Unterbringung hinsichtlich einiger zum Erhebungszeitpunkt I erhabener Merkmale (Bezug: 174 Patienten, deren Unterbringung bereits abgeschlossen ist)

Merkmal	günstiges Outcome n = 47	ungünstiges Outcome n = 127	Prüfgröße	df	p <	signif.
Alter (bei Untersuchung), Mittelwert	36,9	37,2	t = -0,10	171	,918	-
Heimaufenthalt	23,9 %	19,8%	$\chi^2 = 0,34$	1	,567	-
Erreichen eines Schulabschlusses	68,1 %	75,6 %	$\chi^2 = 0,99$	1	,320	-
Hauptschulabschluss (nicht auf Sonderschule)	42,6 %	56,1 %	$\chi^2 = 2,50$	1	,114	-
Abgeschlossene Berufsausbildung	31,9 %	39,7 %	$\chi^2 = 0,88$	1	,348	-
Durchgängig arbeitslos im Jahr vor dem Delikt	57,4 %	57,1 %	$\chi^2 = 0,01$	1	,971	-
Erheblich instabiles Arbeitsverhalten	40,4 %	38,1 %	$\chi^2 = 0,08$	1	,780	-
Familiäre Belastung (in Anlehnung an CTQ; arithm. Mittelwerte)						
Familiärer Rückhalt	2,4	2,9	t = -3,4	156	,001	***
Emotionale Vernachlässigung	1,2	0,9	t = 2,3	154	,026	*
Körperliche Misshandlung	1,3	1,0	t = 2,8	155	,006	**
Familiäre Zerrüttung (Streit, Gewalt)	1,6	1,0	t = 2,6	153	,012	**
CTQ gesamt	1,5	1,0	t = 3,4	154	,001	***
ADHS Fragebogen Skala FEA-FSB (Döpfner et al., in Vorb.; arithm. Mittelwerte)						
Aufmerksamkeit	0,92	0,97	t = -,36	155	,723	-
Hyperaktivität	0,82	0,90	t = -,71	155	,482	-
Gesamtwert	0,87	0,93	t = -,60	155	,547	-

Erkennbar unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant hinsichtlich einiger *soziografischer Merkmale* (Alter, Heimanamnese, Schul- oder Berufsabschluss, Arbeitsanamnese). Dies gilt auch für die Selbsteinschätzung zu ADHD und Störung des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend. Weiterhin tragen Aspekte der *forensischen Vorgeschichte* (Strafmaß, Hafterfahrung, BZR-Einträge u.a.m.) nichts zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit bei (auf die Darstellung von Statistiken wird an dieser Stelle verzichtet). Eine deutliche Differenzierung leistet jedoch die Selbsteinschätzung der Patienten im Fragebogen zur familiären Belastung. Dabei entspricht die Richtung der Unterschiede nicht der Erwartung: bei Patienten mit weniger familiärer Belastung – weniger Konflikt, Gewalt und Vernachlässigung – und mehr familiär erlebtem Halt ist die Wahrscheinlichkeit eines „ungünstigen Outcomes“, sprich einer Erledigung der Unterbringung mangels Erfolgsaussicht, zum jetzigen Zeitpunkt der Erhebung signifikant höher.

Mit diesem seltsam erscheinenden Befund korrespondieren zumindest der Tendenz nach auch die Angaben zu soziografischen Merkmalen. Die Patienten mit günstigem Outcome waren etwas häufiger im Heim, haben etwas seltener einen Schul- oder Berufsabschluss erreicht und werden

von den Therapeuten hinsichtlich des Arbeitsverhaltens („Stabilität in Arbeitsverhältnissen“, entsprechend HCR-20) auch keinesfalls günstig eingeschätzt.

Man könnte über Ursachen des Befundes lange spekulieren, aber es ist vielleicht sinnvoller, zunächst die Vervollständigung der Stichprobe abzuwarten. Es wird jedenfalls deutlich, dass die Erledigung gemäß § 67d Abs. 5 StGB mangels Erfolgsaussicht ein komplexer Sachverhalt ist, der nicht eindeutig eine besonders problematische Patientengruppe betrifft. Bekanntlich spielt gerade bei frühen Erledigungen oft die Arithmetik eine Rolle: Patienten wägen ab, welcher formal-rechtliche Verlauf der Unterbringung ihnen schneller in die Freiheit verhilft. Dies ist ihnen, angesichts der stets widersprüchlich erfahrenen Unterbringungssituation, nicht zu verdenken. Zum jetzigen Stand der Erhebung war bei genau der Hälfte der Patienten, bei denen der nicht verbüßte Strafrest nicht mehr als 12 Monate betrug, eine Erledigung erfolgt (24 von 48 Patienten). Insgesamt ist in über der Hälfte der Fälle, in denen eine Erledigung erfolgte, diese von den Patienten selbst angeregt oder jedenfalls unterstützt worden.

Gerade frühe Erledigungen haben ihren Grund nicht unbedingt in der Verhaltensproblematik des Patienten und einem ungünstigen Behandlungsverlauf. Bei späten Erledigungen dürfte dies anders sein. Nach langem Klinikaufenthalt haben die Patienten ein eindeutiges Interesse, unter positiven Vorzeichen in die Freiheit entlassen zu werden. Andernfalls droht ihnen die späte Verbüßung des durch Unterbringung nicht zu erledigenden Teils der Strafe. Wenn in der Studie der Unterbringungsverlauf der meisten Patienten überblickt werden kann, sind valide Befunde zu prognostisch bedeutsamen Faktoren zu erwarten. Aber auch dann wird eine differenzierte Be trachtung mit der Unterscheidung früher und später Erledigungen angezeigt sein. Letztlich machen die in Tabelle 2 zusammengefassten Zwischenergebnisse auch verständlich, warum Studien zur Prognose des Unterbringungsverlaufs bisher eher bescheidene Erkenntnisse erbracht haben (vgl. Fries et al. 2011, Bezzel 2009, Kemper 2008, Schalast et al. 2008). Eine Differenzierung hinsichtlich des Zeitpunktes von Erledigung und Entlassung könnte zu prägnanteren Ergebnissen führen.

Zwei Operationalisierungen

Im Rahmen der Studie wird versucht, eine Reihe potentiell relevanter Merkmale und Prädiktoren dimensional zu erfassen. Hierzu gehören: Hinweise auf ADHD (Hyperaktivitätsstörung) und Conduct-Disorder (Störung des Sozialverhaltens) in Kindheit und Jugend, „Cluster-B-Persönlichkeitsgestörtheit“, Intensität des Alkohol- und Drogenkonsums, Reizbarkeit im Stationsalltag, Belastungsfaktoren in der Kindheit / der Primärfamilie. Auch das Stationsmilieu (Stationsatmosphäre) wird dimensional eingeschätzt (Schalast 2008). Einige Überlegungen und Befunde zu zwei dieser Operationalisierungen werden im Folgenden dargestellt.

Erfahrungen in der Kindheit / der Primärfamilie

Wie schon in einer früheren Studie (Schalast et al. 2004, 2009) wurde das Ausmaß belastender früher und familiärer Erfahrungen mit einer – jetzt allerdings erheblich modifizierten – Übersetzung des Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al. 1994, Kühner et al. 2000) erfragt. In der Originalversion des Fragebogens dienen je fünf Items der Beschreibung der folgenden fünf Merkmalsdimensionen (Antwortskala: nie, selten, manchmal, oft, sehr oft):

- Emotionaler Missbrauch (emotional abuse: Beleidigung und Herabwürdigung durch andere Familienmitglieder);
- Körperliche Misshandlungen;
- Sexueller Missbrauch;
- Emotionale Vernachlässigung (Mangel an Nähe und Zusammenhalt in der Familie);
- Körperliche Vernachlässigung (mangelhafte Versorgung mit Essen, Kleidung etc.).

Für die laufende Studie erfolgte eine Überarbeitung des Instruments: Die Items zu Erfahrungen sexuellen Missbrauchs werden nicht verwendet, denn in einer früheren Studie hatten Patienten der Entziehungsanstalten entsprechende Erfahrungen extrem selten bejaht (Schalast 2008). Auch wird auf die Items der Subskala „Körperliche Vernachlässigung“ verzichtet. Alle Items der Skala „Emotionaler Missbrauch / Misshandlung“ wurden für die Projektversion übernommen, ebenso vier Items der Skala „Körperliche Misshandlung“. Drei Items zur Einschätzung „familiärer Zerrüttung“ (innerfamiliärer Streit und Gewalt) wurden hinzugefügt. Mittels sieben neu formulierter Items wird in positiver Weise „familiärer Rückhalt“ (Zusammenhalt, Unterstützung) beschrieben.

Die in Tabelle 2 dargestellten Befunde zeigen besonders deutliche Zusammenhänge zwischen diesen Fragebogendimensionen und der Gruppenzugehörigkeit (positives vs. negatives Outcome) auf. Zwar entspricht die Richtung des Zusammenhangs, wie oben erläutert, bisher nicht der Erwartung. Dennoch begründet die hohe statistische Signifikanz der Befunde die Hoffnung, dass mit der Überarbeitung des CTQ ein valides und differenzierungsfähiges Instrument geschaffen wurde. Eine dimensionale Einschätzung familiärer Belastungen scheint in der aktuellen forensisch-psychiatrischen Forschung eher unüblich zu sein. Dies ist ein Mangel, da zwischen äußeren – familiär vermittelten – und inneren Ressourcen und Defiziten natürlich ein Zusammenhang besteht (vgl. Möhlenkamp 1999).

Die dimensionale Einschätzung der „Cluster B-Persönlichkeitsstörtheit“

Persönlichkeitsstörungen werden bekanntlich verstanden als tief verwurzelte und anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren und inadäquaten Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen (vgl. aktuelle und frühere Fassungen der ICD, z.B. Dilling et al. 1993). In der ICD-10 werden sie ausdrücklich als „schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens der betroffenen Personen“ bezeichnet. Die Aussage, dass die Feststellung einer

komorbidien Persönlichkeitsstörung die Behandlungsaussichten von Erkrankungen (Abhängigkeit, Psychose, Depression) verschlechtert, ist im Grunde trivial, eben weil es sich um stabile dysfunktionale Verhaltensmuster handelt. Bei Patienten der Entziehungsanstalten spielen Persönlichkeitsstörungen eine beträchtliche Rolle. In der jährlichen Stichtagserhebung wird aktuell für knapp ein Drittel der Patienten eine Persönlichkeitsstörung angenommen, mit einem Vorwiegen dissozialer, aber auch emotional instabiler und „kombinierter“ Störungen (von der Haar 2010). Kaum angemessen erscheint es, sich auf die kategoriale Feststellung des Vorliegens entsprechender Störungen zu beschränken. Gerade wenn es darum geht, das Entwicklungspotential von Patienten und Risiken für die Behandlung differenziert einzuschätzen, ist eine dimensionale Be trachtung angezeigt (Boateng & Schalast 2011). Folgt man den Befunden der Stichtagserhebung, so verdient die Gruppe der Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (dissozial, emotional instabil, histrionisch) besondere Beachtung. Auch Schalast et al. (2009) haben beschrieben, dass das Vor liegen einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung – und noch deutlicher das einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung – zwischen Gruppen mit günstigem und ungünstigem Outcome unterschied (während für die kategoriale Variable „Irgendeine Persönlichkeitsstörung“ keine Signifikanz erreicht wurde).

Bei der Suche nach einem geeigneten Verfahren für die dimensionale Einschätzung dieser Störungen stießen die Verfasser auf das „Personality Assessment Schedule“ von Tyrer et al. (1979, 1996). In der Originalfassung des Verfahrens werden 24 Persönlichkeitseigenarten auf komple xen neunstufigen Ratingskalen eingeschätzt. Die Autoren empfehlen, im Beurteilungsprozess Quellen zu nutzen und auch Auskünfte von Angehörigen über frühere Eigenarten und Verhal tensauffälligkeiten einzubeziehen. Die von den Verfassern übersetzte Projektversion beschränkt sich darauf, sieben Merkmale auf vereinfachten vierstufigen Skalen einzuschätzen. Diese Ein schätzung findet zum Erhebungszeitpunkt II statt, wenn die Patienten ihren Therapeuten schon wohlbekannt sind.

Abbildung 2 beschreibt, wie sich der mittlere „PAS-score“ (Durchschnittswerte auf der Skala von 0 – 3) in der Stichprobe verteilt. Allein die recht gut an eine Normalverteilung angepasste Grafik macht schon deutlich, wie wenig zweckmäßig eine kategoriale Unterscheidung zwischen Patien ten mit und ohne Persönlichkeitsstörung ist. Für einen „Cut-off-Wert“ gibt es praktisch keine empirische Grundlage. Dies gehört auch zu den vielfach vorgebrachten Argumenten gegen kate goriale Konzepte (Livesley 2001).

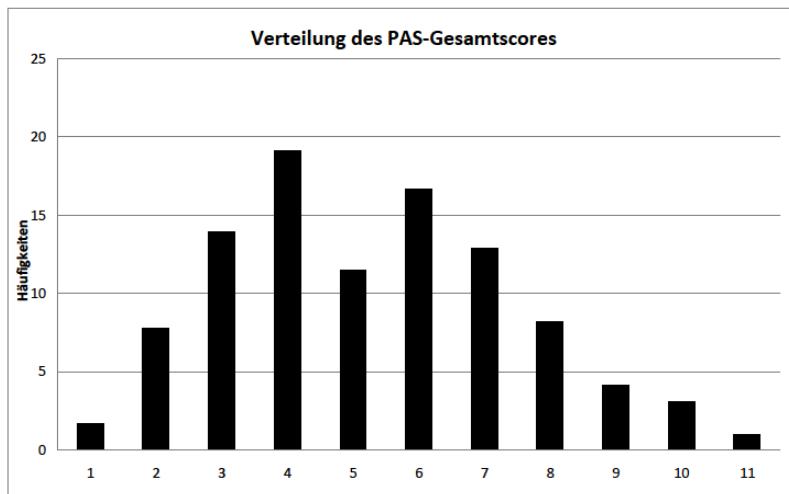


Abbildung 2: Mittlere Skalenwerte der Patienten auf einer Kurzfassung des „Personality Assessment Schedule“ (Tyler et al. 1979). Sieben Eigenarten (Erregbarkeit, Selbstwertprobleme, Labilität, Impulsivität, Aggression, Herzlosigkeit/Abgebrühtheit und Verantwortungslosigkeit) zur Erfassung der „Cluster-B-Perönlichkeitsgestörtheit“ werden auf vierstufigen Skalen (0 – 3) eingeschätzt.

Tabelle 3 beschreibt Zusammenhänge zwischen der mittleren PAS-Einschätzung zum Erhebungszeitpunkt II und weiteren dimensionalen Einschätzungen, die zum Zeitpunkt der Entlassung stattfinden (Bezug beim jetzigen Stand der Datenerhebung: n = 164 Fälle). Zwischen Erhebungszeitpunkt II und der abschließenden Einschätzung haben häufig Therapeuten- und Stationswechsel stattgefunden, was das Gewicht der dargestellten Korrelationen noch unterstreicht.

Tabelle 3: Zusammenhänge (Produkt-Moment-Korrelationen) zwischen der mittleren PAS-Einschätzung zum Erhebungszeitpunkt II und einigen dimensionalen Einschätzungen am Ende der Unterbringung. Die Beurteilung erfolgt zu den beiden Zeitpunkten häufig durch unterschiedliche Urteiler. Bezug beim aktuellen Stand der Datenerhebung: n = 164 Fälle.

Einschätzungen bei Entlassung	Mittlerer PAS-Wert Erhebungszeitpunkt II	p <	signif.
„Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit“	-.26	,001	**
„Soziale Einbindung“	-.32	,000	***
„Berufliche Einbindung / Perspektive“	-.27	,000	***
„Prognose hinsichtlich Suchtverhalten“	-.24	,003	**
„Prognose hinsichtlich Straffälligkeit“	-.26	,001	**
„Reizbarkeit“ Anger Rating Index III	.37	,000	***

Die Koeffizienten sind insgesamt nicht hoch, erreichen aber durchgängig hohe Signifikanz. Eine weitere numerische Erhöhung ist im Laufe des Fortgangs der Datenerhebung noch zu erwarten (aus den im Zusammenhang mit den Beobachtungen zu Tabelle 2 diskutierten Gründen). Insgesamt besteht Grund zu der Erwartung, dass die Kurzfassung des PAS sich als dimensionales Beurteilungsinstrument in der Studie bewährt.

Fazit

Belastbare Erkenntnisse zum Nutzen der Unterbringung gemäß § 64 StGB wären in der allgemeinen Debatte über das Umgehen mit Straffälligen, über die Gewichtung von Strafe und Sicherung einerseits und Behandlung und Resozialisierung andererseits von großem Wert. Auch für diejenigen, die die Arbeit in den „Entziehungsanstalten“ leisten, kann es gar nicht genug differenziertere Rückmeldungen über den Ertrag ihrer Mühen geben. Dank der Finanzierung durch das Gesundheitsministerium des Landes NRW konnte in Essen eine Evaluationsstudie begonnen werden, die zwei anspruchsvolle methodische Standards zu realisieren versucht: die längerfristige und möglichst vollständige Beobachtung und Nachverfolgung einer unausgelesenen Stichprobe von Patienten und die Rekrutierung einer sorgfältig gematchten Vergleichsgruppe, nämlich Insassen des Regelvollzugs mit Suchtproblemen.

Neben zahlreichen Hintergrundmerkmalen der Patienten, die sich als prognostisch relevant erweisen könnten, werden auch Merkmale des stationären Rahmens und ansatzweise des therapeutischen Settings erfasst (im weiteren Sinne: Struktur- und Prozessqualität). Das entscheidende Outcome-Kriterium der Studie ist die Legalbewährung von Patienten und Gefangenen nach Entlassung in die Freiheit. Hinsichtlich der Aussagekraft und Vollständigkeit von BZR-Auskünften, die im letzten Projektjahr eingeholt werden, ist durchaus von Unwägbarkeiten auszugehen. Der relativ große Stichprobenumfang – je $n = 300$ in Untersuchungs- und Vergleichsgruppe – begründet aber die Hoffnung, dass Behandlungseffekte – signaltheoretisch formuliert – nicht im weißen Rauschen von Fehlervarianz untergehen.

Beschrieben wird anhand zweier Beispiele das Bemühen, einige bedeutsame Merkmale nicht kategorial, sondern dimensional zu erfassen: Die Ausprägung der „Cluster-B-Persönlichkeitsgestörtheit“ wird zum Erhebungszeitpunkt II mit der Kurzfassung eines Beurteilungsbogens eingeschätzt. Die Patienten selbst können auf einem „Fragebogen zur familiären Belastung“ (Modifikation des Childhood Trauma Questionnaire) über entsprechend belastenden Erfahrungen, aber auch familiäre Ressourcen berichten. Bereits jetzt finden sich Zusammenhänge, die als Validitätsbelege angesehen werden können.

Der Dank der Autoren gilt allen Menschen, die die Untersuchung bislang in Behörden, in sechzehn Kliniken und vielen Justizvollzugsanstalten unterstützt und getragen haben.

Literatur

- Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F (2005) Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *Eur Addict Res*, 11, 22-31 (DOI: 10.1159/000081413).
- Bernstein DP, Fink L, Handelman MD, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bezzel A (2009) Therapieabbruch im Maßregelvollzug (§ 64 StGB) – Charakteristika und Prädiktoren. *Praxis der Rechtspsychologie*, 19(1), 146-153.
- Bezzel A (2010) Können Patienten aus dem MRV (§ 64 StGB) resozialisiert werden? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 4(4), 264-268.
- Boateng Sh, Schalast N (2011) Dimensionale versus kategoriale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 5(3), 145-153.
- Dimmek B, Brunn DE, Meier S, Stremmel M, Suer P, Westendarp AJ, Westendarp H (2010) Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Döpfner M, Görtz-Dorten A, Lehmkuhl G (2008) Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II). Bern: Huber.
- Döpfner M, Lehmkuhl G, Steinhausen HC (in Vorb.) Fragebogen zur Erfassung von ADHS im Erwachsenenalter. Bern: Testzentrale.
- Egg R (1990) Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit im längerfristigen Vergleich. *MSchrKrim*, 73, 358-368.
- Farrington DP, Gottfredson DC, Sherman LW, Welsh BC (2002) The Maryland scientific methods scale. In: Sherman, Farrington, Welsh, MacKenzie (eds) Evidence-based crime prevention. New York: Routledge, 13-21.
- Fontao MI, Pfäfflin F, Lamott F (2006) Anwendung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie auf die Behandlung von Maßregelvollzugspatienten. *Recht & Psychiatrie*, 24(4), 193-200.
- Fries D, Endrass J, Ridinger M, Urbaniok F, Rossegger A (2011) Indikatoren für den Verlauf der stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiat*, 79: 404-410.
- Hassemer W (2000) Die neue Lust auf Strafe. *Frankfurter Rundschau*, 20.12.2000, S. 16.
- Jehle JM, Heinz W, Sutterer P (2003) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Berlin: Bundesministerium der Justiz. Im Internet abrufbar.
- Kemper A (2008) Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt. *Recht & Psychiatrie*, 26(1), 15-26.
- Küfner H, Duwe A., Schumann J, Bühringer G (2000) Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *SUCHT*, 46(1), 32-53.
- Livesley WJ (2001) Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions. *J Pers* 69:277–286.

- McMurran M, Cusens B (2003) Controlling alcohol-related violence: a treatment programme. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 59-76.
- Möhlenkamp G (1999) Stressinduzierte Lernblockaden: Eine Hypothese zur Entwicklungspsychologie von Persönlichkeitsstörungen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31(3), 415-21.
- Moos RH (2005) Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100, 595-604.
- Pein A, Kliemann A, Schläfke D, et al. (2012) Profitieren dissoziale Suchtpatienten von der DBT-F? *Nervenheilkunde*, 31(1-2), 30-35.
- Saunders JB, Aasland OG, Barbor TF, De La Fuente JR, Grant M (2006) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791 – 804.
- Schalast N (2008) SK-M, ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. *Psychiatrische Praxis*, 35, 175-181, DOI 10.1055/s-2007-970960.
- Schalast N (2012) Die gesetzliche Neuregelung der Unterbringung gemäß § 64 StGB und die Kapazitätsprobleme der Entziehungsanstalten. *Recht & Psychiatrie*, 30(2), 81-90.
- Schalast N (2013) Dauer der Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *Forens Psychiat Psychol Kriminol*. In Vorbereitung.
- Schalast N, Kösters C, Mushoff S, Demmerling R (2009) Zur Prognose des Behandlungsverlaufs bei strafrechtlicher Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *SUCHT*, 55(1), 19-29.
- Schalast N, Mushoff S, Demmerling (2005) Wie sind Patienten des § 64-Maßregelvollzugs kriminologisch einzurichten? *Bewährungshilfe*, 52(1), 15-29.
- Schalast N, Palaschke M, Dönisch-Seidel U (2009) Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. *Recht & Psychiatrie*, 27(4), 183-190.
- Schalast N, Steffen M, König A (2010) Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. 1. Projektzwischenbericht. Essen: Institut für Forensische Psychiatrie (www.forensik-essen.de).
- Schneider U (2008) Die Reform des Maßregelrechts. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 68-73.
- Schwind HD, Fettschenhauer D, Ahlborn W, Weiß R (2001) Kriminalitätsphänomene im Langzeitvergleich am Beispiel einer deutschen Großstadt: Bochum 1975, 1986, 1998. Neuwied: Luchterhand.
- Sherman LW, Farrington DP, Welsh BC, MacKenzie DL (eds) *Evidence-based crime prevention*. New York: Routledge, 13-21.
- Slade M, Priebe St (2001) Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *British Journal of Psychiatry*, 179, 286-287.
- Streng F (2000) Die heranwachsende Juristengeneration und die Aufgabe des Strafrechts. *Bewährungshilfe*, 47(4), 422-435.
- Suhling St (2012) Evaluation der Straftäterbehandlung und der Sozialtherapie im Strafvollzug. In: Wischka B, Pecher W, van den Boogaart H (Hg.) *Behandlung von Straftätern: Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung*. Freiburg: Centaurus, 162-232.

Tyler P, Alexander J, Cicchetti D, Cohen MS, Remington M (1979) Reliability of a Schedule for Rating Personality Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 135, 168-174.

Tyler P, Johnson T (1996) Establishing the severity of personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1593-1597.

von der Haar M (2011) Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB - 2010. Eigenverlag: Fachabteilung Bad Rehburg des NLKH Brauel.

Wettermann A, Schläfke D, Kupke F, Fegert JM (2012) Beeinflusst das R&R-Programm neuropsychologische Aspekte bei Straftätern? *Nervenheilkunde*, 31(1-2), 36-41.

Wittmann, B. (2012). Zur Forensischen Behandlung Drogenabhängiger. *Suchttherapie*, 13: 66-73.

Kontakt:

Dipl.-Psychologin Melanie Steffen

melanie.steffen@uni-duisburg-essen.de

Dipl.-Psychologin Shari Boateng

shari.boateng@uni-duisburg-essen.de

Dr. rer. nat. Norbert Schalast

norbert.schalast@uni-duisburg-essen.de

Institut für Forensische Psychiatrie Essen

www.forensik-essen.de

Postfach 103043

45030 Essen