

Kurzprojekt
Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB
„Machbarkeitsstudie“

Norbert Schalast & Cornelia Kösters

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie
der Universität Duisburg-Essen
Landschaftsverband Rheinland – Rheinische Kliniken Essen
Direktor: Prof. Dr. med. Norbert Leygraf

Projektbericht
Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB
Machbarkeitsstudie

Institut für Forensische Psychiatrie
Rheinische Kliniken Essen

2008

Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht stellt Ergebnisse eines Kurzprojektes dar, welches im Frühjahr 2007 mit dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug vereinbart wurde. Vorgegangen war ein Treffen beim Landesbeauftragten im Dezember 2006, bei dem Vorschläge für Begleitforschungsprojekte erörtert wurden. Wir stellten bei dieser Gelegenheit eine überschaubare, mittelfristig angelegte Evaluationsstudie für den § 64-Maßregelvollzug zur Diskussion. Insgesamt herrschte in der Debatte, auch beim anwesenden Vertreter des Sozialministeriums, die Einschätzung vor, dass die vorgeschlagene Studie keinen substantiellen Zuwachs an belastbaren Erkenntnissen zur Effektivität der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt bringen würde. Wir haben dann hervorgehoben, dass eine wirklich aussagekräftige Untersuchung eine große Patientenkohorte von mindestens 250 Personen erfassen müsste und von einem Zeitrahmen von sieben bis acht Jahren auszugehen wäre, also erheblich aufwändiger wäre.

Ergebnis der weiteren Diskussion war das vorbereitende Kurzprojekt, über das im Folgenden berichtet wird. Für dieses Projekt wurde ein recht heterogener Aufgabenkatalog vereinbart:

- Zusammenfassende Darstellung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Behandlungserfolgen bei suchtkranken Straftätern und bisheriger Versuche einer Evaluation der § 64-Unterbringung.
- Erkenntnisse zur Prognose der Erfolgsaussichten einer Unterbringung.
- Vervollständigung von Verlaufsdaten und katamnestischen Daten für eine früher untersuchte Kohorte alkoholabhängiger Patienten des § 64-Maßregelvollzugs. Darstellung eigener Befunde zur Erfolgsprognose und zur Bewährung nach Unterbringung.
- Methodische Überlegungen zur Evaluation der Maßregelbehandlung und Skizze einer langfristig angelegten Studie.

Am 17. Januar 2008 haben wir Klinikvertreter zu einem „Expertentreffen“ in das Institut für Forensische Psychiatrie eingeladen und Ergebnisse des Projektes dargestellt. Die ausgesprochen fruchtbare Diskussion bei diesem Treffen ist in den vorliegenden Bericht eingeflossen. Überhaupt bedanken wir uns bei den Kolleginnen und Kollegen in Maßregeleinrichtungen erneut für die engagierte Unterstützung, die wir bei Untersuchungsprojekten immer wieder erfahren. Wir können nur hoffen, dass einige Ergebnisse solcher Projekte auch im klinischen Alltag als nützlich erlebt werden und/oder dass sie Argumentationshilfe dienen können, etwa wenn es um strukturelle Maßnahmen geht.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	9
ERKENNTNISSE ZUR EINSCHÄTZUNG DER BEHANDLUNGSAUSSICHTEN	10
EIGENE UNTERSUCHUNG ZUR FRAGE DER ERFOLGSPROGNOSE	13
Untersuchungsgruppe	13
Erhebungszeitpunkte und Informationsquellen	13
Untersuchungsmethoden und erfasste Merkmale	13
Ergebnisse	15
Merkmale der Stichprobe.....	15
Modus der Beendigung der Unterbringung / Entlassung aus der Klinik.....	17
Bildung zweier Gruppen mit eher positivem und eher negativem Outcome.....	18
Clusteranalyse	18
Beschreibung der drei Cluster von Patienten	19
Diskussion	24
Fazit und Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen	26
ERKENNTNISSE ZUM NUTZEN VON BEHANDLUNGSMAßNAHMEN BEI SUCHTKRANKEN STRAFTÄTERN.....	29
Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB	32
Eigene Befunde bei einer Gruppe alkoholabhängiger Patienten	35
Bewertung der Erkenntnisse über Bewährung nach Unterbringung	37
Welche Schlussfolgerungen legen die vorliegenden Evaluationsstudien nahe?	39
ALLGEMEINE ÜBERLEGUNGEN ZUR EVALUATIONSFORSCHUNG.....	42
Das Prinzip „Randomisierte kontrollierte Studie“.....	43
Grenzen des RCT-Prinzips.....	44
Quasi-experimentelle Untersuchung.....	45

Überlegungen zur Methodik einer adäquaten Evaluationsstudie	46
Vergleichsgruppe	46
Stichprobengröße und statistische Power	46
„Matched Design“	47
Erhebung der Patientenstichprobe	48
Rekrutierung der Vergleichsgruppe von Gefangenen	49
Erfassung der therapeutischen Praxis	49
Outcome-Datei	50
Zeitraumen	50
Koordination der Erhebung und Datenschutz	51
Projektarbeitsgruppe	52
 ZUSAMMENFASSUNG.....	 53
 LITERATUR	 56

Einleitung

Unter der Evaluation einer therapeutischen Maßnahme lassen sich in einem weiteren Sinne jede systematische Erhebung und Darstellung von strukturellen und Prozessmerkmalen verstehen, die diese Maßnahme kennzeichnen. Dazu wären unter anderem zu rechnen die Beschreibung der behandelten Klientel, systematische Erhebungen zu Behandlungsaktivitäten sowie die Erfassung von Merkmalen des Outcome und der anschließenden Bewährung.

Noch vor 25 Jahren wusste man wenig über die Praxis der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (wie man ja überhaupt von den Verhältnissen in psychiatrischen Anstalten vor der Psychiatrie-Enquête der Bundesregierung, veröffentlicht 1975, kein realistisches Bild hatte). Einige empirische Arbeiten stellten so etwas wie regionale Momentaufnahmen der Situation in Entziehungsanstalten dar (Penners 1987, Koch 1988). Eine erste Darstellung der bundesweiten Bedingungen im § 64-Maßregelvollzug ist der Gesamterhebung von Leygraf zu verdanken (Leygraf 1987).

Einigen Arbeiten von Praxisvertretern war es vor allem ein Anliegen, die schwierigen Bedingungen im Klinikalltag zu dokumentieren. Von Außenstehenden – Juristen und Kriminologen – wurden inzwischen mehrere gründliche empirische und rechtswissenschaftliche Analysen vorgelegt, die naturgemäß ergebnisoffener angelegt waren (Dessecker 1996, Metrikat 2002, Wilms 2005). Zuletzt haben Pollähne und Kemper (2008) über den Entlassungsjahrgang 2005 in NRW berichtet. Auf diese Studien, insbesondere die Ergebnisse der letzteren, wird in diesem Bericht näher eingegangen.

Die verdienstvollen Stichtagserhebungen, die von der Haar (2006) seit vielen Jahren organisiert, stellen für alle Untersucher eine wesentliche Referenzquelle dar und helfen den einzelnen Kliniken, Verhältnisse und Praxis in ihrem Bereich mit den Bedingungen andernorts und bundesweit zu vergleichen.

Evaluation in einem engeren Sinne bedeutet allerdings, Daten zu erheben, die eine Einschätzung des therapeutischen Ertrags einer Maßnahme erlauben. Zur Frage dieses Ertrags, der Behandlungseffizienz, nehmen viele Arbeiten Stellung. Doch ist aus Gründen, die in diesem Bericht dargelegt werden, eine tragfähige Einschätzung des Gesamtertrags der Maßregel gemäß § 64 StGB bisher nicht möglich.

Erkenntnisse zur Einschätzung der Behandlungsaussichten

Erwägt ein Gericht, die Unterbringung in der Entziehungsanstalt anzuordnen, so soll es einen Sachverständigen zu Rate ziehen, der sich über den Zustand des Angeklagten und die Behandlungsaussichten äußert (§ 246 a StPO). Von diesem Sachverständigen wird also eine prognostische Einschätzung im Hinblick auf § 64 Satz 2 verlangt.

Die Prognosebeurteilung im Hinblick auf die Unterbringung in der Entziehungsanstalt stellt nun nicht gerade eine Erfolgsgeschichte dar. In den 80er Jahren erfolgte bei etwa 10 % der Unterbrachten eine Beendigung „wegen Aussichtslosigkeit“. Damals konnte eine solche Entscheidung erst erfolgen, wenn die Maßregel mindestens ein Jahr lang vollzogen worden war. Die Zeit in der Unterbringung wurde in der Regel nicht auf die mit der Unterbringung verhängte Strafe angerechnet. Beides trug vermutlich dazu bei, dass Erledigungen der Unterbringung nach § 67d Abs. 5 StGB ziemlich selten erfolgten. Im Vergleich zu den heutigen Gepflogenheiten war die Praxis des Vollzugs durch mehr Toleranz gegenüber Problemverhalten wie Lockerungsmissbrauch oder Suchtmittelrückfällen ausgezeichnet (Schalast 1994). Das Bundesverfassungsgericht hatte mit seinem Urteil vom 16.03.1994 die Voraussetzungen einer Unterbringung strenger fassen wollen, um Anordnungen in wenig aussichtsreichen Fällen zu verhindern. Dieser Zweck wurde eindeutig verfehlt: der Anteil der Patienten, bei dem mangels Aussicht auf einen Behandlungserfolg eine Beendigungsentscheidung erfolgte, ist auf ein Mehrfaches angestiegen und liegt derzeit (2006) bundesweit bei etwa 45 Prozent (von der Haar 2007).

Dass knapp die Hälfte der Patienten die Kliniken unter negativen Vorzeichen verlässt – immerhin eine Verbesserung gegenüber der Situation in den Jahren 2001-2005 -, spricht gegen die Effektivität der Prognosebegutachtung im Rahmen des Unterbringungsverfahrens. Es ist kaum vorstellbar, dass der Anteil negativer Behandlungsverläufe noch weiter anstiege, wenn statt der zeitaufwendigen und kostenträchtigen Begutachtung einfach gelöst würde. In dem Zusammenhang wird aber auch immer wieder die Frage nach Merkmalen aufgeworfen, die eine leidlich sichere Einschätzung der Behandlungsaussichten erlauben.

Schon in einer Reihe früherer Untersuchungen wurde die prognostische Bedeutung solcher Merkmale geprüft. Dabei handelte es sich überwiegend um biographische Parameter, sogenannte aktuarische Merkmale (und nicht um Persönlichkeitscharakteristika und Motivationsfaktoren). Tabelle 1 fasst einige publizierte Befunde zusammen. Danach ist es gerade ein früher Beginn sozialer Auffälligkeit, der mit einem ungünstigen Verlauf einhergeht. Ein Schul- und Berufsabschluss erwies sich in einigen Studien als günstiger Prädiktor, ebenso ein höheres Lebensalter bei der Aufnahme und eine bestehende Partnerschaft. Vermutungen über eine prognostisch negative Bedeutung früherer Verurteilungen wurden nicht bestätigt.

**Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und
Unterbringungsverlauf bzw. –ergebnis nach verschiedenen Studien**

	Koch 1988 n = 102	Schalast 1994 n = 136	Pfaff 1998 n = 68	Berger et al. 1999 n = 103	Schalast 2000 n = 83	Gerl et al. 2001 n = 157
Früher Beginn des Suchtmittelmissbrauchs				0	-	-
Früher Beginn sozialer Auffälligkeit	-	-	0	-	-	-
Therapieabbrüche in der Vorgeschichte		-	-		-	
Abgeschlossene Berufsausbildung			+	+	+	+
Schulabschluss	0	0	+	+	+	
Höheres Lebensalter bei der Aufnahme	+	+	0	+	+	+
Anzahl früherer Verurteilungen	0	0	0	0	0	
Gesamthafterfahrung	x	0	0		0	0
Bestehende Partnerbeziehung	+	+	+		0	+

Tab. 1: Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und Unterbringungsverlauf bzw. –ergebnis nach verschiedenen Studien.

+: Merkmal prädiziert einen günstigen Verlauf -: es prädiziert einen ungünstigen Verlauf

0: es wurde geprüft und zeigte keinen signifikanten Zusammenhang.

x: sowohl keine Haft als auch vieljährige Haft erschien prognostisch ungünstig

Aktuelle Untersuchungsergebnisse wurden von Gericke & Kallert (2007) sowie Pollähne & Kemper (2007) vorgelegt.

Die erste Studie (Gericke & Kallert 2007) berücksichtigte 277 Patienten, die in Entziehungsanstalten Sachsens zwischen 1996 und 2001 aufgenommen wurden und bei denen bereits zwei Jahre Bewährungszeit in Freiheit überblickt werden konnten. Weitere 67 Patienten wurden nicht einbezogen, weil sie sich im Erhebungszeitraum (2004-5) entweder noch im Freiheitsentzug befanden oder (9 Fälle!) bereits verstorben waren. In 48 % der erfassten Fälle war eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erfolgt, 9 % waren erst nach Erreichen der Höchstfrist entlassen worden. Für die weitere Auswertung wurden die vorzeitig zur Bewährung und die nach Erreichen der Höchstfrist Entlassenen als Gruppe mit günstigem Outcome zusammengefasst. Als Prädiktoren einer Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erwiesen sich Heimerfahrung bis zum 16. Lebensjahr und eine hohe Vorstrafenbelastung. Die Autoren berichten weiter, dass auch Entweichungen mit einem eher negativen Verlauf assoziiert waren, eine triviale Beobachtung, die zudem prognostisch nicht genutzt werden kann. Dass Patienten, die zur Bewährung entlassen wurden, in der Kindheit häufiger „wechselnde Bezugs-

personen“ erlebt hatten (43,7 %) als die Patienten der negativen Outcome-Gruppe (20,9 %) dürfte als Zufallsbefund einzuordnen sein.

Pollähne & Kemper (2007) stellen die Ergebnisse einer Erhebung über 280 Patienten dar, die im Laufe des Jahres 2005 aus Einrichtungen des § 64-Maßregelvollzugs in NRW entlassen worden waren. Die Quote der „Erledigungen“ nach § 67d Abs. 5 StGB, also Therapieabbrüche mangels Erfolgsaussicht, war in diesem Kollektiv mit fast 74 % der Fälle enorm hoch. Der Anteil der nach Erreichen der Höchstfrist Entlassenen lag, wie in der vorgenannten Untersuchung, ebenfalls bei 9 Prozent. Die den Kliniken bei Aufnahme vorliegenden Informationen – Gutachten und Urteil – lieferten nur wenige Merkmale, die einen Zusammenhang mit dem Outcome der Maßnahme erkennen ließen. *„Die Eingangsinformationen (Delikt, Diagnose, Begleitstrafe, Vorstrafen, Therapieerfahrungen etc.) ergeben kein auch nur annähernd treffsicheres Modell zur Prognose des Therapieverlaufs“* (S. 112). Es fand sich aber eine Reihe von Merkmalen, in denen sich die Outcome-Gruppen zumindest tendenziell in erwarteter Richtung unterschieden: Die Zusatzdiagnose einer Persönlichkeitsstörung ging mit einem eher ungünstigen Verlauf einher, ebenso Hafterfahrung, vor allem längere Hafterfahrung (über 4 Jahre). Der frühere reguläre Abschluss einer Behandlung war ein günstiger Prädiktor (nicht aber Therapieabbruch). Raub- und Sexualdelikte gingen mit höheren Erledigungsquoten einher, sonstige Gewalt- sowie Eigentumsdelikte mit etwas günstigeren. In fast allen Fällen (20 von 22), in denen die Unterbringung nach dem gerichtlich angeordneten Vorwegvollzug eines Teils der Strafe angetreten wurde, erfolgte die „Erledigung“! Die Studie von Pollähne & Kemper litt darunter, dass die Mehrzahl der Patienten, fast dreiviertel der Stichprobe, „irregulär“ entlassen wurde, insbesondere nach Erledigung in den Strafvollzug verlegt wurde. Trotz der relativ großen Ausgangsgruppe konnten Gruppenunterschiede unter diesen Umständen nur schwer Signifikanz erreichen.

Mehrere frühere Untersuchungen zur Prognose des Behandlungsverlaufs weisen eine gemeinsame methodische Schwäche auf: Sie prüften die prognostische Bedeutung von Merkmalen, die den Einweisungsunterlagen und der anfänglichen Klinikdokumentation gleichsam zufällig zu entnehmen waren. Es erfolgte keine spezielle systematische Erhebung und Untersuchung im Hinblick auf Merkmale, denen aufgrund des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und klinischer Erfahrung spezielle prädiktive Bedeutung zukommen könnte. Dies war Ziel der im Folgenden dargestellten eigenen Untersuchung. Es handelt sich um eine Erhebung bei 150 alkoholabhängigen Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB (Schalast, Mushoff & Demmerling 2004). Verlaufsdaten über diese Patienten konnten jetzt vervollständigt und die Gesamtdaten im Hinblick auf die Frage der Verlaufsprognose erneut ausgewertet werden.

Eigene Untersuchung zur Frage der Erfolgsprognose

Untersuchungsgruppe

Zielgruppe der Untersuchung waren Patienten mit einer Alkoholproblematik, wobei Mehrfachabhängigkeit kein Ausschlusskriterium sein sollte, wenn sich im Lebenslängsschnitt Alkohol als wesentliches Suchtmittel darstellte (und nicht illegale Drogen). Die Untersuchung beschränkte sich auf männliche Patienten, da gerade bei alkoholabhängigen Patienten der Entziehungsanstalten Männer eine deutliche Mehrheit bilden und für Patientinnen in vieler Hinsicht besondere Bedingungen anzunehmen sind (die zu untersuchen natürlich ebenfalls sinnvoll wäre).

Erhebungszeitpunkte und Informationsquellen

An der Untersuchung konnten sich Patienten beteiligen, deren Entlassung aus der Unterbringung nicht im folgenden halben Jahr zu erwarten war. Jeder teilnehmende Patient wurde eingehend zu Vorgeschichte, Unterbringungssituation und zu Persönlichkeitsauffälligkeiten interviewt und bei der Bearbeitung einer Reihe von Fragebögen unterstützt. Ergänzend wurde eine Einschätzung der zuständigen Bezugstherapeuten eingeholt. Zum Zeitpunkt der Entlassung der Patienten aus der Klinik berichteten die Bezugstherapeuten über den Unterbringungsverlauf und den rechtlichen Entlassungsmodus und schätzten die Patienten prognostisch ein.

Untersuchungsmethoden und erfasste Merkmale

Die im Rahmen der Studie erfassten Merkmale und eingesetzten Fragebögen und Erhebungsverfahren werden im Folgenden stichwortartig dargestellt (vgl. Schalast et al. 2004).

Zur Erhebung von biographischen Parametern und Aspekten der Sucht- und der forensischen Vorgeschichte wurde anhand eines selbst entwickelten Interviewbogens ein strukturiertes Interview durchgeführt.

Die Patienten bearbeiteten eine Reihe von Fragebögen (Selbstbeurteilung) zur Einschätzung von Persönlichkeitsmerkmalen und zur Erfassung bestimmter biographischer Belastungsfaktoren:

- Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI, Andresen 2001): Mit dem HPI werden sechs basale Persönlichkeitsdimensionen erfasst, die bedeutsam sein könnten im Hinblick auf Behandlungs- und Anpassungsprobleme: Nervosität/Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit, Risiko- und Kampfbereitschaft (vgl. Eysenk 1964, Duggan et al. 2003).

- Hamburger Alkoholismus Katalog (HAK, Schwoon & Schröter 1996): Der Fragebogen mit 47 Items wurde als ökonomisches Verfahren auf der Basis von vier gebräuchlichen Fragebögen zur Alkoholabhängigkeit entwickelt. Als wesentliche Aspekte eines problematischen Trinkverhaltens werden beschrieben: Süchtiges andauerndes Trinken, Positive Trinkmotive, Trinken in Gesellschaft, Affektive Veränderung durch Trinken, Verlust der affektiven Kontrolle.
- Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ, Bernstein et al. 1994): Frühe traumatische Erfahrungen gelten als eine wichtige Ursache sowohl von Sucht- als auch dissozialem Verhalten. Im CTQ werden mit je fünf Items folgende Erfahrungen beschrieben: Emotionale Misshandlung, Körperliche Misshandlung, Emotionale Vernachlässigung, Körperliche Vernachlässigung, Sexueller Missbrauch.
- ADHD-Fragebogen nach Miller & Blum (1996): Eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Kindes- und Jugendalter stellt sowohl für die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs als auch einer dissozialen Störung einen Risikofaktor dar, vor allem wenn sie mit einer „Störung des Sozialverhaltens“ einher geht (Hill 2003). Mit dem Fragebogen nach Miller & Blum (Übersetzung Kufner et al. 2000) werden folgende Symptombdimensionen retrospektiv eingeschätzt: Überhöhte Reizwahrnehmung, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität/Impulsivität, soziale u. emotionale Konsequenzen, Linderung von Symptomen durch Alkohol/Drogen.
- Barratt-Impulsiveness-Scale (Barratt 1994, Patton et al. 1995, Herpertz 2000): Sie misst den Grad an Impulsivität, der sich in Handlungen und in der Beurteilung von Situationen spiegelt. Eingesetzt wurde die kurze Verhaltens- oder motorische Dimension (11 Items).
- State-Trait-Ärgerausdrucksinventar (STAXI, Schwenkmezger et al. 1992): Der Fragebogen erfasst, in welcher Weise und welchem Ausmaß eine Person Ärger und Wut erlebt und mit dieser umgeht. Die vier in der Untersuchung verwendeten Skalen lauten: Ärger-Disposition (Häufigkeit, mit der auf Situationen ärgerlich reagiert wird), „anger-in“ (Häufigkeit, mit der Ärger unterdrückt und nicht abreagiert wird), „anger-out“ (Häufigkeit, mit der ärgerliche Gefühle gegen Personen oder Objekte gerichtet werden), Ärger-Kontrolle (Häufigkeit von Versuchen, Ärger zu kontrollieren und nicht aufkommen zu lassen).
- Modifizierte „Hostility-Skala“ nach Knight et al. (1998): Beschreibt in der hier eingesetzten Adaptation (Schalast et al. 2004, S. 110) erstens, wie heftig Patienten Ärgern und Wut verspüren, und zweitens, ob Alkoholgebrauch und Aggression assoziiert sind.

Neben der Selbsteinschätzung der Patienten auf Fragebögen erfolgte eine Fremdbeurteilung in Bezug auf bestimmte Verhaltensdispositionen sowie auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV / ICD-10.

- Strukturiertes klinisches Interview (Fydrich et al. 1997): Die Untersucherinnen führten das SKID II zur kategorialen Diagnose von Persönlichkeitsstörungen gemäß DSM IV (Saß et al. 1996) durch. Geprüft wird das Vorliegen von zehn Persönlichkeitsstörungen. Die folgende Darstellung beschränkt sich darauf, ob die Kriterien für eine „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“ (Cluster B) erfüllt scharen.
- Die Bezugstherapeuten wurden nicht einfach gefragt, ob ihre Patienten eine Persönlichkeitsstörung aufweisen. Um auch bei ihnen die Orientierung an einem einheitlichen Klassifikationssystem sicherzustellen, bearbeiteten sie die IDCL-P (Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen, Bronisch et al. 1995). Die verwendete Form listet alle Symptome von Persönlichkeitsstörungen gemäß ICD-10 (Dilling et al. 1993) auf. Dargestellt wird im Folgenden, ob eine „Dissoziale Persönlichkeitsstörung“ anzunehmen war.
- Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV, Hart et al. 1995): Die Bezugstherapeuten nahmen eine Einschätzung der Patienten auf der PCL:SV vor. Sechs der zwölf Items der Checkliste beschreiben einen dem Psychopathy-Konzept (vgl. Cleckley 1941, Hare 1991) entsprechenden interpersonell-affektiven Stil, sechs Items sozial deviantes und rücksichtsloses Verhalten.
- Anger Rating Index (Novaco 1994): Mit dem von den Verfassern übersetzten Verfahren wird die Häufigkeit impulsiv-reizbaren Verhaltens im Stationsalltag mit sieben Items beschrieben (s. Schalast et al. 2004, S. 113).
- Fragebogen zum Unterbringungsverlauf: Bei Ende der Unterbringung berichteten die Therapeuten über den formalen Abschluss der Unterbringung und die Häufigkeit problematischer Vorkommnisse und schätzten die Patienten prognostisch ein. Verwendet wurde eine adaptierte Form des bei Schalast (2000, S. 208f) dargestellten Erfassungsbogens.

Ergebnisse

Merkmale der Stichprobe

Von 178 Patienten, die um Mitwirkung bei der Untersuchung gebeten wurden, konnten insgesamt 150 (also 84 %) einbezogen werden. Die angebotene finanzielle Belohnung trug dem Eindruck der Untersucherinnen nach zu dieser guten Compliance bei. Ein Patient, der im Laufe der Unterbringung verstarb, wird in den weitergehenden Analysen nicht berücksichtigt.

Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung waren die Patienten im Mittel (Median) bereits 9,5 Monate untergebracht. Die Gesamtunterbringungszeit bis zur Entlassung aus der Unterbringung

betrug im Mittel jedoch 27 Monate, so dass der Charakter einer prospektiven Untersuchung realisiert war.

Während mehrere Analysen im früheren Projektbericht (Schalast et al. 2004) sich auf Daten von zum damaligen Zeitpunkt 127 entlassenen Patienten bezogen, haben inzwischen für alle Fälle abschließende Berichte der Kliniktherapeuten zu Unterbringungsverlauf und Modus der Entlassung vorgelegen.

Vergleich der Stichprobe mit Hintergrunddaten der jährlichen Stichtagserhebung zum § 64-Maßregelvollzug (von der Haar 2006)

Merkmal	Eigene Stichprobe n = 150	§ 64-Stichtagserhebung Alkoholpatienten
Alter zum Untersuchungszeitpunkt / am Stichtag	MW: 36,1 Jahre	MW: 33,7 Jahre *
Alter unter 30 Jahren	22,0 %	25,4 % *
Alter min. 40 Jahre	32,7 %	40,7 % *
Gesamthafterfahrung mehr ein Jahr	66,0 %	56,4 %
Bundeszentralregister: mehr als 5 Eintragungen	58,7 %	60,3 % *
Parallele Freiheitsstrafe (Länge in Monaten)	MW: 43 Monate	MW: 40,9 Monate
Parallele Freiheitsstrafe über drei Jahre	43,3 %	43,4 %
Anlassdelikte der Unterbringung		
Tötungsdelikt	14,8%	15,4 %
Körperverletzung	26,2%	38,0 %
Sexualdelikt	8,0%	12,7 %
Brandstiftung	7,4%	6,3 %
Eigentumsdelikte mit und ohne Gewalt	40,3%	20,8 %

Tab. 2: Vergleich unserer Stichprobe mit einigen Kennzahlen der bundesweiten jährlichen § 64-Stichtagserhebung (von der Haar 2006). Die Angaben zur Vergleichsgruppe beziehen sich auf ungefähr 931 Fälle mit Alkoholabhängigkeit.

* Angaben, die sich auf Alkohol- und Drogenpatienten beziehen

Tabelle 2 stellt einige Merkmale der untersuchten Stichprobe Daten aus der bundesweiten § 64-Stichtagserhebung (von der Haar 2006) gegenüber. Die Angaben zur bundesweiten Vergleichsgruppe beziehen sich, wenn nicht anders vermerkt, auf die Teilgruppe der Alkoholabhängigen (n = 916). Für die Merkmale Alter und BZR-Eintragungen kann nur ein Vergleich mit dem Gesamtkollektiv der Stichtagserhebung einschließlich der Btm-Abhängigen stattfinden.

den. Der Durchschnitt der untersuchten Patienten ist etwas älter als der der Stichtagserhebung. Hinsichtlich der Anzahl der BZR-Eintragungen unterscheiden die Gruppen sich nicht.

Zwei Drittel der untersuchten Gruppe haben insgesamt mehr als ein Jahr Hafterfahrung, etwas mehr als die alkoholabhängigen Patienten der Stichtagserhebung.

Betrachtet man die Deliktverteilungen, so unterscheiden sich die Anteile von Patienten mit einem Tötungsdelikt kaum (rund 15 %). Im Kollektiv der Stichtagserhebung sind etwas mehr Patienten mit Körperverletzung und einem Sexualdelikt als Unterbringungsanlass vertreten, Eigentumsdelikte (incl. gewalttätiger Eigentumsdelikte) finden sich häufiger in unserer Stichprobe.

Modus der Beendigung der Unterbringung / Entlassung aus der Klinik

Das Tortendiagramm in Abb. 1 veranschaulicht die Anteile der verschiedenen Entlassungsmodi in der Stichprobe. Bei 46 % der Patienten erfolgte die Erledigung der Unterbringung mangels hinreichend konkreter Aussicht eines Behandlungserfolges (§ 67d Abs. 5 StGB). Bei 34,2 % wurde das formal anzustrebende Ziel einer Unterbringung, nämlich die vorzeitige Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung (§ 67d Abs. 2 StGB) erreicht. 16 % der Patienten blieben bis zur Höchstfrist in der Unterbringung. Ein Teil von diesen (2,7 % der Gesamtgruppe) wurde dann allerdings in den Strafvollzug entlassen. Ebenso groß war der Anteil derjenigen, die nach der Anordnung einer Umkehr der Vollstreckungsfolge zunächst weitere Haft verbüßten. Ein Patient wurde trotz sehr positiven Behandlungsverlaufs aufgrund ausländerrechtlicher Bestimmungen abgeschoben, einer verstarb („Sonstiges“).

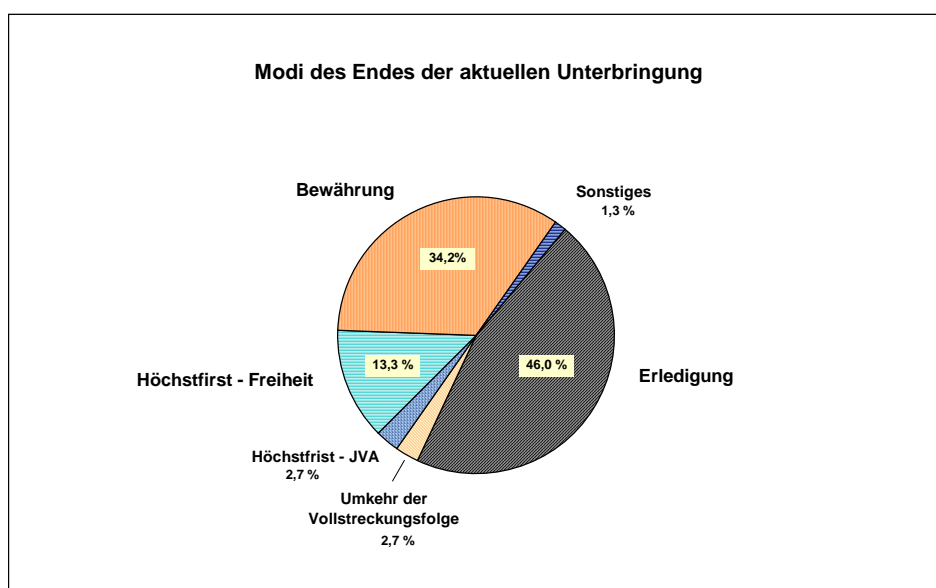


Abb. 1: Rechtsgrundlagen des Abschlusses der aktuellen Unterbringung (n = 150)

Bildung zweier Gruppen mit eher positivem und eher negativem Outcome

Für statistische Analysen wurde die Patientengruppe dichotomisiert in eine Gruppe mit eher günstigem und eine mit eher ungünstigem Verlauf bzw. Outcome. Die Zuordnung der zur Bewährung entlassenen und der „erledigten“ Patienten warf dabei keine Fragen auf. Patienten, bei denen eine Umkehr der Vollstreckungsfolge angeordnet worden war, wurden der Gruppe mit ungünstigem Verlauf zugeordnet. Diejenigen, die die Klinik nach Erreichen der Höchstfrist verließen, wurden als günstig definiert, soweit die Entlassung in die Freiheit und nicht in die Haft erfolgte. Der abgeschobene Patient wurde, trotz der ausländerrechtlichen Maßnahme, aufgrund der Darstellung der Klinik der günstigen Gruppe zugeordnet, der verstorbene nicht berücksichtigt. Auf diese Weise ergab sich ein „günstiger Verlauf“ für 47 % der Patienten (n = 70) und ein ungünstiger für 53 % (n = 79).

Vier Merkmale, die deutlich zwischen den Outcome-Gruppen differieren

	GÜNSTIGER VERLAUF (n = 70)	UNGÜNSTIGER VERLAUF (n = 79)			
ADHD Fragebogen: erhöhte Werte für Hyperaktivität / Impulsivität (> 6)	42,0 %	66,7 %	$\chi^2 = 8,98$	p = ,003	**
Über 1 Jahr Hafterfahrung vor dem Unterbringungsverfahren	35,3 %	62,1 %	$\chi^2 = 6,30$	p = ,001	**
Bundeszentralregister: mehr als 6 Einträge	38,6 %	60,8 %	$\chi^2 = 7,31$	p = ,007	**
Anger Rating Index: hohe Werte laut Therapeutenurteil (> 11)	25,4 %	46,8 %	$\chi^2 = 7,04$	p = ,008	**

Tab. 3: Vier dichotome Merkmale, deren Verteilung in den Outcome-Gruppen hoch signifikant differiert. Statistische Prüfung mittels Chi-Quadrat-Test.

Die beiden Outcome-Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich vieler biographischer, kriminologischer und psychologischer Parameter. Tabelle 3 stellt zunächst Ergebnisse für vier Merkmale dar, deren Verteilung für die Outcome-Gruppen besonders deutlich differiert (p < 0,01) und die im nächsten Auswertungsschritt zur Berechnung einer Clusteranalyse herangezogen werden. Die beiden Gruppen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich Hafterfahrung und Anzahl der Einträge im Bundeszentralregister. Patienten mit ungünstigerem Verlauf haben häufiger über Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität in der Kindheit berichtet, und von den Therapeuten werden die Patienten dieser Verlaufsgruppe als reizbarer und anstrengender beschrieben (Anger Rating Index).

Clusteranalyse

Anstatt eine Fülle weiterer Befunde für die beiden Outcome-Gruppen aufzulisten, erfolgt eine differenzierte Darstellung für drei Cluster von Patienten. Das Verfahren der Clusteranalyse

dient der Bestimmung von Untergruppen in einer durch eine Reihe von Merkmalen beschriebenen Objektmenge. Die untersuchten Fälle sollen so gruppiert werden, dass „die Unterschiede zwischen den Objekten einer Gruppe bzw. eines Clusters möglichst gering und die Unterschiede zwischen den Clustern möglichst groß sind“ (Bortz 1993, S. 522). Dargestellt wird eine Lösung, mit der drei gut separierte und klinisch bedeutsame Cluster von Patienten beschrieben werden, die sich auch hinsichtlich des Behandlungsverlaufs bzw. –outcomes deutlich unterscheiden.

Zur Bestimmung der Cluster wurden die in Tabelle 3 aufgelisteten vier dichotomisierten Variablen verwendet: Hafterfahrung aus früheren Verurteilungen; erhöhte Werte auf der Skala „Hyperaktivität / Impulsivität“ des ADHD-Fragebogens; Anzahl der Eintragungen im Bundeszentralregister; erhöhte Werte im „Anger Rating Index“ (Therapeutenurteile). Die Cluster sind recht gut separiert, die Clusterzuordnung lässt sich mittels dieser Variablen gut vorhersagen. Verwendet man die vier (stetigen, nicht dichotomisierten) Variablen als Diskriminanzvariablen in einer Diskriminanzanalyse, so werden 83,6 % der Fälle dem richtigen Cluster zugewiesen (bei Verwendung der dichotomisierten Variablen 99,3 %).

Beschreibung der drei Cluster von Patienten

Tabelle 4 stellt zunächst dar, durch welche Konstellation der vier Clusterungsmerkmale die drei Patientengruppen charakterisiert sind. Darüber hinaus wird beschrieben, wie sich die drei Cluster hinsichtlich vieler weiterer biographischer, kriminologischer und psychologischer Parameter unterscheiden.

Cluster I

Dem ersten Cluster wird knapp ein Drittel der Patienten zugeordnet.

Konstellation der Clusterungsmerkmale: Das Cluster ist definiert durch geringe Hinweise auf Hyperaktivität / Impulsivität in der Kindheit und geringe Aggressivität und Reizbarkeit in der Unterbringungssituation. Dennoch ist die Vorstrafenbelastung dieser Gruppe hoch, und die Patienten haben überwiegend schon vor dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte, mehr als ein Jahr Haft verbüßt (Median früherer Hafterfahrung in dieser Gruppe: 52 Monate).

Weitere Merkmale: Die Patienten dieses Clusters sind im Mittel etwas älter als die der beiden anderen. Hinsichtlich Belastungsfaktoren in der Kindheit liegen sie überwiegend im Mittelbereich des Kollektivs. Die Selbstbeschreibung auf Persönlichkeitsskalen lässt keine groben Auffälligkeiten erkennen. So liegen Impulsivität (BIS) und Aggressivität (STAXI, Hostility-Skala nach Knight) eher im unteren Bereich des Kollektivs. Dem entspricht auch die Einschätzung durch die Bezugstherapeuten: Gemäß Diagnosecheckliste (IDCL-P) sind nur bei gut einem Fünftel der Patienten die Kriterien einer Dissozialen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 erfüllt; die Einschätzung auf dem Anger Rating Index entspricht dem Durchschnitt →

**Bestimmung dreier statistischer Cluster unter Verwendung von vier Merkmalen
und Vergleich hinsichtlich weiterer Merkmale**

	<i>Cluster I</i> <i>n = 45</i>	<i>Cluster II</i> <i>n = 67</i>	<i>Cluster III</i> <i>n = 28</i>	<i>Prüfgröße</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Klassifikationsmerkmale (dichotom)						
ADHD: Hyperaktivität / Impulsivität (RW > 6)	31,1 %	53,7 %	100 %	Die drei Cluster unterscheiden sich (schon konstruktionsbedingt) hinsicht- lich der Verteilung dieser 4 Klassifika- tionsmerkmale hoch signifikant ($p < 0,001$)		
BZR: > 6 Einträge	91,1 %	10,4 %	82,1 %			
Anger Rating Index: RW > 11	22,2 %	20,9 %	100 %			
Haftverfahren: Min. 1 Jahr vor dem Unter- bringungsverfahren	82,2 %	11,9 %	89,3 %			
Anteil der Fälle mit günstigem Outcome	46,7 %	56,7 %	17,9 %			

Weitere Unterschiede der drei Cluster

Biographie						
Alter (Mittelwerte)	39,3	34,3	35,2	F = 5,0	,008	**
Durchgängig bei biol. Eltern aufgewachsen	57,8 %	71,6 %	46,4 %	$\chi^2 = 5,9$,053	o
Schulabschluss	65,1 %	71,4 %	57,7 %	$\chi^2 = 1,6$,442	n.s.
Min. Abschluss einer Hauptschule	55,8 %	57,1 %	48,1 %	$\chi^2 = 0,6$,726	n.s.
Heimaufenthalt	26,7 %	13,4 %	50,0 %	$\chi^2 = 14,2$,001	***
Schwere Alkoholprobleme eines Elternteils	46,7%	52,2%	67,9%	$\chi^2 = 3,2$,201	n.s.
Elterlicher Streit mit Verletzungen	14,7 %	18,8 %	31,6 %	$\chi^2 = 2,5$,325	n.s.
CTQ – Schwere Belastungen in der Kindheit						
Körperliche Verwahrlosung	5,6	4,6	5,4	F = 0,4	,684	n.s.
Körperliche Misshandlung	4,8	3,4	6,1	F = 2,7	,070	o
Emotionale Misshandlung	4,9	5,0	7,1	F = 1,9	,150	n.s.
Emotionale Zurückweisung	9,9	8,3	10,1	F = 1,5	,234	n.s.
Sexueller Missbrauch	1,4	1,4	0,4	F = 1,0	,372	n.s.
ADHD-Symptome in Kindheit / Jugend						
Hyperaktivität / Impulsivität (Klassifikationsmerkmal, s.o.)	5,4	6,5	10,5	F = 24,3	,000	***
Unaufmerksamkeit	6,7	7,6	10,1	F = 4,6	,011	*
Soziale und emotionale Konsequenzen	5,3	6,6	8,4	F = 8,5	,000	***
Kontrolle durch Alkohol/Drogen	3,1	2,4	3,0	F = 1,2	,304	n.s.
Arbeit / Finanzen						
Im Jahr vor dem Unterbringungsverfahren durchgängig arbeitslos	61,4 %	44,8 %	37,0 %	$\chi^2 = 4,7$,095	o
Erhebliche Probleme im Arbeitsbereich (HCR-20 Item H4) Therapeutenurteil	46,7%	26,9%	35,7%	$\chi^2 = 4,6$,098	o
Verschuldung > 5.000 €	53,3	55,2	78,6	$\chi^2 = 5,4$,066	o

Forensische Vorgeschichte						
Erste Straffälligkeit lt. BZR (Mediane)	16	24	15	$\chi^2 = 32,1$,000	***
Deliktkategorien lt. BZR (Mediane)	4	2	4	$\chi^2 = 21,4$,000	***
Einträge im BZR (Mediane)	11	3	11	$\chi^2 = 80,2$,000	***
V.a. Störung des Sozialverhaltens vor dem 15. Lebensjahr (SKID II Items 103-117)	47,1 %	44,2 %	77,3 %	$\chi^2 = 7,2$,027	**
Aktenkundiges Gewaltdelikt vor dem 20. Lebensjahr	48,8 %	28,8 %	46,4 %	$\chi^2 = 5,3$,071	o
Persönlichkeitsskalen						
Hostility-Skala (nach Knight): Wut u. Ärger	3,8	5,0	6,8	F = 5,4	,006	**
Hostility-Skala Alkoholspezifische Aggression	3,5	3,7	3,4	F = 0,3	,717	n.s.
Barrett Impulsiveness Scale Verhaltensdimension	21,7	22,4	25,9	F = 8,1	,000	***
STAXI State-Trait-Ärger-Ausdrucks-Inventar	keine signifikanten Unterschiede					
Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI)	keine signifikanten Unterschiede bis auf →					
HPI Verträglichkeit	7,6	8,1	6,9	F = 2,5	,087	o
Hamburger Alkoholismuskatalog und Behandlung						
HAK Positive Trinkmotive	27,4	29,4	32,1	F = 3,1	,050	*
HAK Trinken in Gesellschaft	20,9	21,1	23,7	F = 3,1	,046	*
übrige 4 HAK-Skalen	keine signifikanten Unterschiede					
Min. eine Entwöhnungsbehandlung	40,0 %	32,8 %	35,7 %	$\chi^2 = 0,6$,740	n.s.
Therapieabbruch in der Vorgeschichte	17,8 %	9,0 %	25,0 %	$\chi^2 = 4,4$,111	n.s.
Motivationsfragebogen Faktor I „Alkoholbezogenes Problembewusstsein“	9,7	8,8	8,9	F = 1,6	,207	n.s.
Motivationsfragebogen Faktor II „Negative Therapiehaltung“	2,9	3,3	5,4	F = 7,6	,001	***
Persönlichkeitseinschätzungen						
Anger Rating Index (Merkmal der Clusterbildung)	9,1	8,3	14,9	F = 26,1	,000	***
Dissoziale Persönlichkeitsstörung lt. Therapeutenurteil	21,3 %	11,4 %	53,3 %	$\chi^2 = 20,9$,000	***
Antisoziale Persönlichkeitsstörung lt. Einschätzung der Untersucherinnen	44,4 %	40,4 %	76,2 %	$\chi^2 = 8,1$,018	*
PCL:SV: psychopathische Persönlichkeitszüge (Therapeutenurteil)	4,2	3,3	5,5	F = 5,9	,004	**
PCL:SV: dissoziale Verhaltenstendenzen (Therapeutenurteil)	5,4	4,9	7,1	F = 6,2	,003	**

Tab. 4: In den Zellen dargestellt sind arithmetische Mittelwerte oder Prozentwerte, bei schiefen Verteilungen (wie angegeben) Mediane. Die statistischen Prüfungen erfolgen mittels χ^2 -Test (Vergleich von Prozentwerten), einfacher Varianzanalyse (Mittelwerte, Prüfgröße F) oder Kruskal-Wallis-Test (Mediane, Prüfgröße χ^2). Die Anzahl der Freiheitsgrade beträgt jeweils 2.

Die Darstellung umfasst 140 Patienten mit vollständigen Datensätzen für alle Variablen.

der Stichprobe. Deutliche Probleme lassen diese Patienten im Arbeitsbereich erkennen. Fast die Hälfte hat laut Therapeutenurteil in diesem Zusammenhang große Defizite. Über die Hälfte der Patienten des Cluster I war im Jahr vor dem Unterbringungsverfahren durchgängig arbeitslos.

Etwas weniger als die Hälfte dieser Gruppe erreicht ein günstiges Outcome.

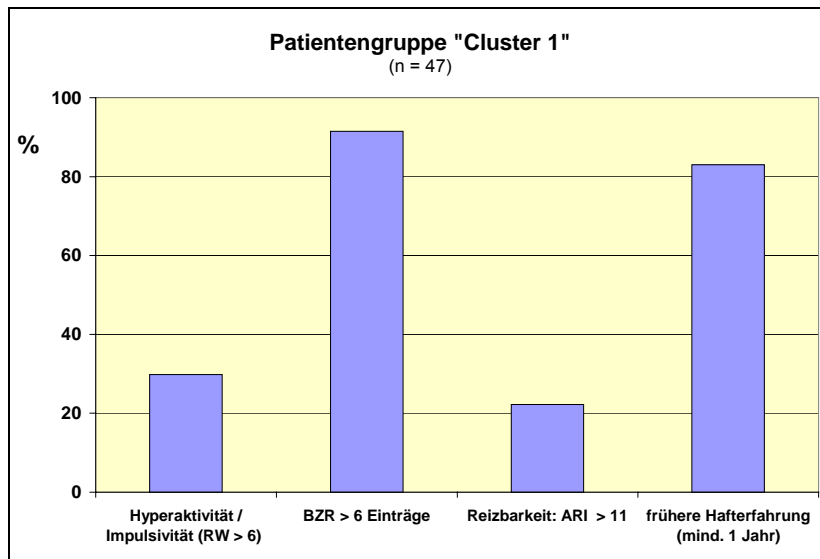


Abb. 2: Konstellation der Clusterungsmerkmale beim „Cluster I“

Cluster II:

Zu diesem Cluster gehört fast die Hälfte der Stichprobe.

Konstellation der Clusterungsmerkmale: Die Patienten dieser Gruppe lassen vor allem eine viel geringere kriminologische Auffälligkeit erkennen, sind seltener vorbestraft und haben weniger Hafterfahrung als die der beiden anderen Cluster.

Weitere Merkmale: Die Patienten sind im Mittel etwas jünger als die des Clusters I. Sie sind deutlich häufiger als die der beiden anderen Cluster bei den biologischen Eltern aufgewachsen und haben vergleichsweise selten (12,7 %) einen Heimaufenthalt erlebt. Auch sie waren ziemlich häufig dauerarbeitslos vor der Unterbringung, werden aber von den Therapeuten hinsichtlich des Arbeitsverhaltens in der Vorgeschichte weniger negativ bewertet als die des Clusters I. Hinsichtlich strafbaren Verhaltens sind sie relative Spätstarter (erste Straffälligkeit laut BZR im Mittel mit 24 Jahren), und ihr BZR weist viel weniger Einträge auf als das der anderen Cluster. In der Wahrnehmung der Therapeuten sind diese Patienten vergleichsweise umgänglich (niedrige Werte im Anger Rating Index) und geben selten Anlass zur Feststellung einer dissozialen Persönlichkeitsstörung.

In allen drei Gruppen haben mehr als 30 % der Patienten schon einmal eine Entwöhnungsbehandlung absolviert, aber im Cluster II ist der Anteil der Patienten geringer, der eine solche irregulär beendet („abgebrochen“) hat.

Knapp 60 % der Patienten des Clusters II erreichen ein eher günstiges Outcome.

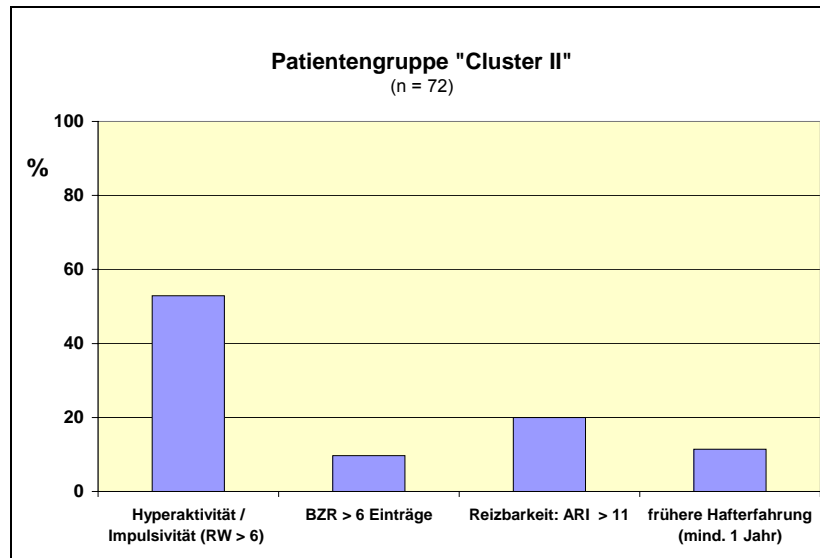


Abb. 3: Konstellation der Clusterungsmerkmale beim „Cluster II“

Cluster III

Gut ein Fünftel der Patienten wird im Cluster III zusammengefasst.

Konstellation der Clusterungsmerkmale: Die Patienten dieser Gruppe weisen hinsichtlich aller vier Parameter, die zur Klassifikation verwendet wurden, eine ungünstige Merkmalsausprägung auf. Es treffen zusammen: Hafterfahrung, hohe Vorstrafenbelastung, Auffälligkeiten im Sinne von Hyperaktivität / Impulsivität in der Kindheit und manifeste Aggressivität und Reizbarkeit im Klinikalltag.

Weitere Merkmale: Auch über die Klassifikationsmerkmale hinaus findet sich bei diesen Patienten eine Fülle von Risikofaktoren. Sie sind besonders selten bei beiden Eltern aufgewachsen, haben besonders oft (über die Hälfte der Gruppe) einen Heimaufenthalt erlebt, berichten im CTQ häufiger über körperliche Misshandlung und erreichen auf mehreren Subskalen des ADHD-Fragebogens höhere Werte als die anderen Gruppen. Sie sind auch besonders häufig finanziell verschuldet, wobei allerdings der Lebensbereich „Arbeit“ nicht derjenige ist, in dem sich ihre Schwierigkeiten ganz besonders manifestieren. Erheblich häufiger als in den anderen Clustern (nämlich bei 75 %) ergibt sich der Verdacht einer Störung des Sozialverhaltens vor dem 15. Lebensjahr. Diese Patienten sind besonders früh erstmalig

durch Straftaten aufgefallen. Mehrere Selbstbeschreibungen der Patienten in Fragebögen (u.a. Barrett Impulsiveness Scale und Hostility–Skala nach Knight) lassen ein im Vergleich zu den anderen Gruppen höheres Maß an Impulsivität und Aggressivität erkennen. Dem entspricht auch die Einschätzung durch die Therapeuten, die die Cluster III-Patienten deutlich aggressiver (Anger Rating Index) und dissozialer erleben. Erhöhte Werte auf den beiden Dimensionen der Psychopathy Checklist (PCL:SV) lassen die negative Gegenübertragung erkennen, die diese Patienten auf sich ziehen.

Entsprechend der Häufung von Risikofaktoren ist die Therapieerfolgsquote bei dieser Gruppe ausgesprochen gering. Nur 20 % erreichen ein eher positives Outcome, bei gerade 10 % (n = 3) erfolgt tatsächlich eine vorzeitige Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung.

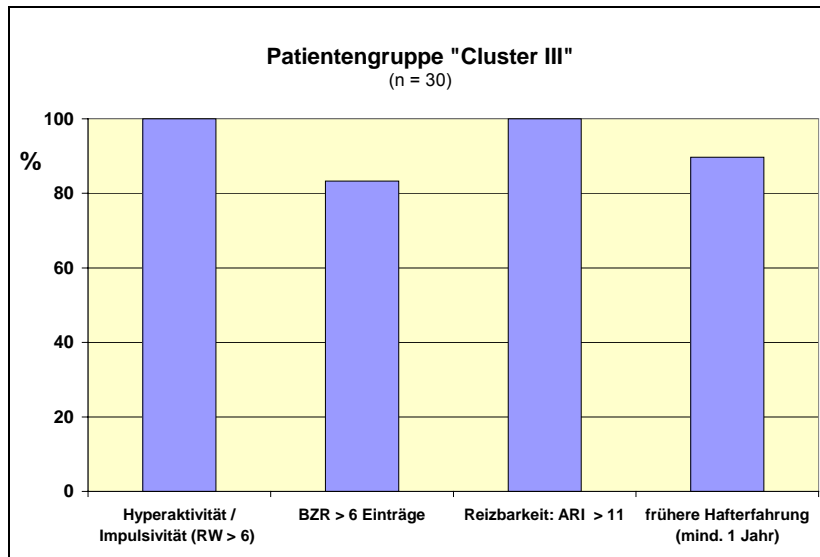


Abb. 4: Konstellation der Clusterungsmerkmale beim „Cluster III“

Diskussion

In der Debatte über die Erfolgsaussichten einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt ist oft von Fehleinweisungen, Fehlunterbringungen oder gar „Fehlliegern“ die Rede. Tatsächlich erreicht nur eine bedenklich kleine Gruppe von Patienten den primär anzustrebenden Modus der Entlassung aus der Behandlung, nämlich eine Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung nach erfolgreicher Erprobung durch Lockerungen. Doch schon aus allgemeinen „prognostheoretischen“ Gründen darf nicht bei jedem Patienten, der dieses Ziel nicht erreicht, von einer Fehleinweisung im engeren Sinne gesprochen werden. Nach § 64 Satz 2 StGB ist im Unterbringungsverfahren zu prüfen, ob eine hinreichend große Chance eines Behandlungserfolges anzunehmen ist. Eine 70 %ige Erfolgsaussicht wäre sicher als eine solche „hinreichend konkrete“ Erfolgschance anzusehen. Würde eine Gruppe von Patienten

mit einer jeweils 70 %igen Erfolgsaussicht untergebracht, so wäre in dieser Gruppe in 30 % der Fälle mit einem ungünstigen Verlauf zu rechnen. Diese Patienten wären nicht primär fehleingewiesen, sondern würden die ursprüngliche prognostische Einschätzung bestätigen (vgl. Urbaniok 2004).

Von Fehleinweisungen im engeren Sinne kann nur gesprochen werden, wenn die Chance eines Behandlungserfolges von vorne herein deutlich überschätzt wird. Es ist daher wichtig, Indikatoren für primär geringe Behandlungsaussichten aufzuzeigen. Dabei darf man nicht erwarten, auf einzelne Merkmale zu stoßen, die den Behandlungsverlauf mit hoher Sicherheit vorhersagen. Gäbe es diese, so wären sie auch ohne Forschung längst erkannt und würden in der Praxis berücksichtigt. Die Frage ist vielmehr, ob eine Reihe von Risikofaktoren identifiziert werden kann, welche im Zusammenwirken geringe Erfolgsaussichten bedingen.

Im Rahmen der hier vorgestellten Untersuchung konnten etliche biografische und klinische Korrelate des Behandlungsverlaufs und -ergebnisses aufgezeigt werden. Einschränkend muss betont werden, dass die Ergebnisse natürlich auch die aktuelle Praxis des Maßregelvollzugs widerspiegeln. Schon die erhebliche Streubreite der Erfolgsquoten verschiedener Einrichtungen weist darauf hin, dass es Gestaltungs- und Optimierungsspielräume geben muss und dass der komplexe Faktor „Klinikbedingungen“ zur Varianz von Behandlungsverläufen wesentlich beiträgt (Pollähne und Kemper 2007).

Wir haben uns bei der Auswertung unserer Befunde nicht einfach auf einen Vergleich von Patienten mit günstigem und ungünstigen Ausgang beschränkt, sondern – basierend auf dem Ergebnis einer Clusteranalyse – drei Gruppen von Patienten beschrieben, die sich im Hinblick auf Vorgeschichte, Einschätzung durch Therapeuten und Outcome in prägnanter Weise unterscheiden.

Eine erstaunlich große Teilgruppe der Patienten wird dem Cluster II zugeordnet, welches sich durch eine eher geringe kriminologische Auffälligkeit auszeichnet, in der Wahrnehmung der Therapeuten relativ umgänglich ist und in vieler Hinsicht weniger dissozial geprägt erscheint als die Patienten der anderen beiden Cluster. In der Biographie finden sich weniger Risikofaktoren wie „broken home“, Heimerfahrungen oder deutliche ADHD-Symptome. Doch auch in dieser Gruppe ist das Outcome bei über 40 % der Patienten eher ungünstig.

Cluster III beschreibt eine hoch belastete Patientengruppe, bei der sich schwere Anpassungsprobleme durch die gesamte Biographie ziehen. Der Anteil dieser Patienten in der Grundgesamtheit wird aufgrund unseres Vorgehens bei der Stichprobenerhebung möglicherweise unterschätzt. Patienten, deren Unterbringung besonders schnell unter negativen Vorzeichen beendet wurde, hatten eine geringere Chance, in die Stichprobe einzugehen. Auch sehen wir Gründe für die Annahme, dass entsprechende Patienten unter den Drogen-

abhängigen noch häufiger vertreten sind als unter Alkoholabhängigen¹. Diese Patienten pauschal als fehluntergebracht zu bezeichnen (Steigerung „Fehllieger“, Müller 2006) ist natürlich eine Vereinfachung. Die Standardformel, diese Patienten seien „eigentlich“ dissozial und fehluntergebracht, weil sie wegen ihrer Dissozialität und nicht wegen Suchtproblemen straffällig würden, greift ebenfalls zu kurz. Kein Mensch wird unmittelbar wegen seiner Suchtprobleme straffällig. Es erfordert gleichsam ein gewisses Maß an Dissozialität, damit ein Hang zum Suchtmittelmissbrauch mit der Gefahr erheblicher strafbarer Handlungen einhergeht – und damit eine Unterbringung gemäß § 64 StGB verhältnismäßig ist. Eigentlich verkörpern die Patienten des Clusters III am deutlichsten die Zielgruppe einer intensiven sucht- und sozialtherapeutischen Maßnahme. Erforderlich wäre bei ihnen eine auf basale Stabilisierung und Sozialisierung abzielende längerfristige Behandlung. Auf bewährte Behandlungsstrategien für diese Problemgruppe kann der Maßregelvollzug bisher kaum verweisen, auch wenn für Einzelfälle beeindruckende Behandlungserfolge beschrieben werden (vgl. Wittmann 2007).

In mehreren Untersuchungen wurde festgestellt, dass ein Teil der Absolventen suchtherapeutischer Maßnahmen sich hinsichtlich wichtiger Einstellungs- und Verhaltensparameter nicht verbessert, sondern verschlechtert (Moos 2005). Dabei ist unter anderem der Ausprägungsgrad der Störung ein Risikofaktor für negative Auswirkungen von Therapie. Gerade bei den Patienten des Clusters III muss man befürchten, dass sie durch negative Erfahrungen in der Unterbringung, das Hin und Her zwischen Strafvollzug und Therapie und die Etikettierung als „aussichtslos“ zusätzlich entmutigt und in einer antisozialen Haltung bestätigt werden können. In ihrem Bericht über die Arbeit einer Drogentherapieeinrichtung kamen Raschke & Schliehe (1985) zu dem schlichten Ergebnis: „Damit die Therapie hilft, darf die zugrunde liegende Störung nicht zu schwer sein.“ Diese Feststellung wird durch die Befunde der vorliegenden Untersuchung tendenziell bestätigt.

Fazit und Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen

Bei den Patienten des Clusters I, im Mittel etwas älter als die der beiden anderen Cluster, fanden sich zwar deutliche kriminologische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte, dennoch werden sie von ihren Therapeuten hinsichtlich Aspekten von Dissozialität und Umgänglichkeit im Klinikalltag eher günstig eingeschätzt. Im Vergleich zu den Patienten der beiden anderen Cluster, namentlich Cluster III, erscheint diese Gruppe beinahe „ausgeglichen“. Dabei entsprechen manche dieser Patienten vermutlich durchaus dem Bild des haftgeprägten, the-

¹ Diese Einschätzung wurde in der Diskussion beim Expertentreffen am 17.01.2008 nachdrücklich geteilt.

therapeutisch eher schwer erreichbaren Süchtigen mit desolater Biographie. Wir glauben dennoch, dass gerade bei diesen Patienten eine therapeutische Maßnahme, die das Herausreifen aus dem süchtig-dissozialen Lebensstil konsequent unterstützt, auf fruchtbaren Boden fallen kann. Die Patienten haben meist einen ausgeprägten Wunsch, nicht wieder in Haft zu kommen, viel entschiedener als viele jugendliche Dissoziale. Ein Therapiestil, der sie psychologisch nicht überfordert, klare Vorgaben macht und konkrete Ziele avisiert, kann dem Aufbau eines stabilen Arbeitsbündnisses zuträglich sein. An das „Aufarbeiten“ der missglückten Biographie sollten dagegen nicht zu hohe Erwartungen gerichtet werden.

Müller (2006) stellt das Konzept einer süddeutschen Klinik vor, in der man sich bemüht, die Behandlungsaussichten der Patienten innerhalb von 8 bis 12 Wochen einzuschätzen. Dabei wird von den Patienten in der Anfangsphase in einer „Delinquenzgruppe“ mit bis zu 12 Teilnehmern gefordert, sich mit ihrer „delinquenzbezogenen Biographie“ auseinander zu setzen. Es soll dabei auch speziell geprüft werden, ob die Delinquenz ihre Ursache in der Sucht – „Drogenbeschaffungsdelikte“ – hat. Man setzt auf diese Weise Patienten, die Gruppen ohnehin als sehr bedrohlich erleben, erheblich unter Druck. Vermutlich erreicht man dabei tatsächlich, dass gerade die gestörteren und auch dissozialeren Patienten sich trotzig verweigern. Möglicherweise ist der Anteil derjenigen, mit denen man kontinuierlich arbeiten kann, unter den dann in der Therapie verbleibenden größer. Das wird von Müller (2006) bisher aber nur behauptet. Vorschnell weist er darauf hin, dass nach Einführung der „forcierten Frühabklärung“ (N. Sch.) die Gesamtquote der Erledigungen zurückgehe. Während die Quote zuvor 45 % betrug, sei sie auf 33 % zurückgegangen – allerdings während des ersten Jahres nach Aufnahme! Durch späte Probleme im Behandlungsverlauf können 45 % auch unter den neuen Bedingungen mühelos erreicht werden.

Bei den Patienten des Clusters II sollte ein konsequentes Bemühen, eine Perspektive zu entwickeln, eigentlich selbstverständlich sein. Diese relativ große Teilgruppe unseres Kollektivs zeigt in der Vorgeschichte viel geringe Auffälligkeiten als die anderen Cluster, vor allem weniger kriminelles und dissoziales Verhalten. Möglicherweise ist diese Patientengruppe in unserer Stichprobe, im Vergleich zum § 64-Maßregelvollzug insgesamt, etwas überrepräsentiert. Bei diesen Patienten erscheinen „relativ“ kurze stationäre Therapiezeiten angemessen, und man sollte sich konsequent bemühen, die Patienten in einem offeneren oder ambulanten Setting weiterzubegleiten. Selbst in dieser Gruppe wurden nur gut 40 % der Patienten zur Bewährung entlassen.

In westfälischen Kliniken wird eine spezielle Behandlungsstrategie für Patienten erprobt, die etwa dem Cluster II entsprechen und die zu einer relativ kurzen Freiheitsstrafe (maximal 2 Jahre) verurteilt wurden (vgl. Rinklake & Burgsdorf 2006). Das Konzept geht aus von der Erfahrung, dass solche Patienten kaum zu motivieren sind, sich auf die übliche zeitlich unüberschaubare Behandlung mit ihren gravierenden Verlaufsrisiken einzulassen, und dass sie daher – trotz prinzipiell günstiger Prognose – oft frühzeitig auf „Erledigung“ der Unterbringung drängen. Diese Patienten sollen durch ein kompakteres Behandlungsangebot angesprochen werden, in dem bei positivem Verlauf in der Regel auf eine Dauerbeurlaubung in-

nerhalb eines Jahres hingearbeitet wird. Eine Darstellung der ersten Bilanz dieses Angebotes steht noch aus.

Bei den Patienten des Clusters III handelt es sich um biographisch vielfältig belastete, psychisch instabile, impulsive und aggressive Menschen, die einer Kerngruppe entwicklungsgestörter dissozialer Menschen (im Sinne von Rauchfleisch 1981) entsprechen. Es erscheint uns tendenziell ratsam, im Vorfeld der Unterbringungsentscheidung bei diesem Cluster entsprechenden Gutachtenprobanden das Vorliegen der gesetzlich geforderten „hinreichend konkreten Aussichten“ eines Behandlungserfolges besonders kritisch zu prüfen. Es muss eben auch die Gefahr negativer Auswirkungen eines in dieser Gruppe häufigen konflikthaft verlaufenden und frustrierenden Therapieversuchs bedacht werden. Zu den entsprechenden Risikofaktoren gehören Hinweise auf schwere familiäre Belastungsfaktoren und Entwicklungsprobleme, eine früh einsetzende und chronische Dissozialität sowie ausgeprägte Aggressivität, Impulsivität und Labilität.

Die Konsequenzen aus den Feststellungen zur Cluster III-Patientengruppe wurden beim Expertentreffen am 17. Januar kontrovers diskutiert. Einzelne Risikofaktoren finden sich in den Vorgeschichten praktisch aller Patienten und dürfen kein Anlass sein, die Erfolgsaussichten einer Behandlung von vorne herein zu negieren. Das Prinzip „Je schwerer die Störung desto eher Therapie“ ist im Hinblick auf die Frage der Unterbringung in der Entziehungsanstalt jedoch ebenfalls bedenklich. Gutachter müssen zumindest im Auge behalten, dass den Betroffenen durch erfolglose und frustrierende Therapie zusätzlich geschadet werden kann.

Erkenntnisse zum Nutzen von Behandlungsmaßnahmen bei suchtkranken Straftätern

Zwischen Substanzmissbrauch und kriminellem Verhalten besteht ein deutlicher, komplexer und durch vielfältige Studien und Statistiken belegter Zusammenhang (EISS 2003). Dennoch kommt Wilms (2005) in einer rechtlich-kriminologischen Analyse zu dem Ergebnis, dass dem Rechtsinstitut „Unterbringung in der Entziehungsanstalt“ die Legitimation fehle. Es lasse sich nämlich wissenschaftlich keine unmittelbare Kausalbeziehung zwischen Suchtproblemen und Kriminalität belegen. Eher gebe es für Suchtprobleme wie auch Straffälligkeit gemeinsame Bedingungen, die einen Lebensstil begründeten, zu dem sowohl Drogen- und Alkoholmissbrauch als auch die Bereitschaft zu rechtswidrigem Handeln gehörten (vgl. Kreuzer et al. 1991, Rautenberg 1997). Das „Sonderopfer“ der Unterbringung gemäß § 64 StGB sei nur gerechtfertigt, wenn der Suchtmittelmissbrauch tatsächlich eine entscheidende Ursache für Straffälligkeit darstelle. Da dies im Allgemeinen nicht der Fall sei, sollte das Rechtsinstitut abgeschafft werden.

Die Autorin liefert für ihre These einen beeindruckenden Überblick über den kriminologischen Forschungsstand, und ihre Bilanz zum kausalen Stellenwert von Suchtproblemen für kriminelle Karrieren ist durchaus fundiert. Doch können Suchtprobleme in einer eher indirekten Weise sehr wohl einen wichtigen ursächlichen Faktor für dissoziale Entwicklungen bilden und entscheidend zur Chronifizierung solcher Entwicklungen beitragen. Hierfür gibt es viele Belege, die vor allem auch deutlich machen, dass kriminelle Rückfallrisiken durch geeignete suchttherapeutische Maßnahmen gesenkt werden (EISS 2003). Insgesamt erscheint dies für drogenabhängige Straftäter besser untersucht als für alkoholabhängige.

Gossop et al. (2005) berichten über katamnestische Befunde bei 1075 Suchttherapie-Klienten in England. Während im Jahr vor der Therapie 34 % der Stichprobe mindestens einmal wegen einer Straftat verurteilt worden waren, war dies im fünften Jahr nach der Behandlung bei 18 % der Fall. Der Rückgang betraf sowohl Beschaffungs- als auch Gewaltkriminalität. Er war assoziiert mit einer stabilen Wohnsituation, Rückgang des Heroingebrauchs und mit dem Alter. Die Autoren weisen selbst auf das Fehlen einer Kontrollgruppe hin. Es könne daher nicht eingeschätzt werden, welchen Beitrag altersabhängiges „Herausreifen“ zum Rückgang der Straffälligkeit geleistet hat.

Anglin et al. (1998) fassen in einem Review die Ergebnisse von 11 empirischen Studien zum Erfolg von Therapien mit justiziellem Hintergrund² zusammen. Die Autoren sehen insgesamt

² Im englischsprachigen Schrifttum werden unterschieden: *compulsory treatment* = Behandlung, die gerichtlich angeordnet wird und angetreten werden muss (wie § 64 StGB); *coerced treatment* = Mög-

die These bestätigt, dass Klienten mit Therapieweisung sich in der Behandlung und danach ebenso gut wie oder besser bewähren als „freiwillige“ Klienten. Doch waren die einzelnen Ergebnisse uneinheitlich. Fünf Studien berichteten günstige Auswirkungen des „Zwangs“ auf das Behandlungsergebnis, vier fanden keinen Unterschied und zwei schätzten die Auswirkungen negativ ein. Die Autoren kommen in der Diskussion der Ergebnisse (mit Verweis auf Anglin & Hser 1991) zu folgenden Schlussfolgerungen: (1) Der Zeitraum der therapeutischen Intervention solle ausreichend lang sein, drei bis neun Monate seien angemessen. (2) Die Programme sollten hoch strukturiert sein, gerade in der Anfangsphase. Entweder solle stationär behandelt werden oder in einer dichten Weise Drogenscreenings erfolgen. (3) Die Programme müssten flexibel sein. Gerade bei ambulanten Patienten sei mit Rückfällen zu rechnen, auf die unmittelbar, aber individuell, reagiert werden müsse, z.B. durch kurze Entgiftungen. (4) Programme sollten evaluiert werden.

Über eine aufwändige Untersuchung des Nutzens von Therapien mit strafrechtlichem Hintergrund (QCT = quasi compulsory treatment) berichten Stevens et al. (2006, vgl. a. Stevens 2006). Ziel dieser multizentrischen Studie – unter Beteiligung von Einrichtungen in Österreich, der Schweiz, Italien, der Niederlande, Deutschland und England – war es, den Ertrag eben solcher und „freiwilliger“ Therapien zu vergleichen. Unter beiden Bedingungen wurden jeweils über 400 Klienten bei Antritt der Therapie sowie sechs, zwölf und 18 Monate später eingehend interviewt. Unter anderem wurde der Europe-ASI (Addiction Severity Index) eingesetzt. Für beide Gruppen fand sich ein starker Rückgang des (selbst berichteten) Drogenkonsums bei allen Nachuntersuchungsterminen. Ebenso war das kriminelle Verhalten in beiden Gruppen erheblich reduziert, wobei allerdings der Level für die QCT-Klienten durchgängig geringfügig höher lag. Ein enger Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und Behandlungsmotivation wurde nicht festgestellt. 78 % der QCT- und 65 % der „freiwilligen“ Patienten gaben an, die Behandlung subjektiv unter äußerem Zwang angetreten zu haben. QCT ist, so die Schlussfolgerung, nicht weniger effektiv (aber auch nicht effektiver) als Behandlung auf freiwilliger Basis.

Schon der Hinweis, dass die gerichtlich angeordnete Therapie „billiger als Gefängnis“ ist, macht natürlich deutlich, dass es hier um grundsätzlich andere Interventionen als eine Unterbringung in der Entziehungsanstalt geht. QCT entspricht dem Prinzip „Therapie statt Strafe“, welches in der Bundesrepublik vor allem durch Strafzurückstellung nach § 35 BtMG umgesetzt wird. Für die Strafzurückstellungspraxis hat Kurze (1992, 1995) ebenfalls eine po-

lichkeit der Wahl zwischen Therapieantritt und strafrechtlicher Sanktion (meist Freiheitsstrafe; bei uns v.a. Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG); *informal coercion*: Druck des sozialen Umfeldes, der als Zwang erlebt werden kann; *formal non-criminal coercion*: Druck von Institutionen und Behörden einschließlich Arbeitgebern, die fordern können, dass eine Person sich einer Behandlung unterzieht. Bei QCT (quasi compulsory treatment) geht es um „coerced treatment“ im vorgenannten Sinne. Vgl. Klag et al. (2005).

sitive Bilanz gezogen. Es könnte allerdings auch eine Reihe von Beiträgen angeführt werden, die hinsichtlich angeordneter Therapien bei süchtigen Straftätern eine skeptische Bilanz ziehen (vgl. EISS 2003). Klag et al. (2005) bewerten die Datenlage zu Therapien unter justiziellem Zwang als eher dürftig. Viele Publikationen hätten keine empirische Basis; bei den empirischen Studien fehlten meist adäquate Kontrollgruppen, und Katamnesezeiträume seien häufig kurz. In der Praxis wird durchaus auch beklagt, dass ein hoher Anteil von Klienten mit justizieller Therapieauflage das Klima in einer Einrichtung ungünstig beeinflussen könne (Stevens 2006).

Ein durchgängiger Befund der Behandlungsforscher ist, dass die Länge einer Behandlung und der „reguläre Behandlungsabschluss“ positiv dem späteren Behandlungserfolg assoziiert ist (Raschke & Schliehe 1985, EISS 2003 u.a.m). In der Literatur wird eine „kritische Grenze“ der Therapiedauer diskutiert, unterhalb derer eine stabile Änderung selten erreicht wird (Gossop et al. 1999, wobei es allerdings nicht um Zeiträume geht, wie sie im § 64-Maßregelvollzug üblich sind). Die Schlussfolgerung, dass die besseren Verläufe der regulär Entlassenen eine direkte Folge des längeren Aufenthaltes in der Therapie seien, erscheint dabei voreilig. Therapieabbrüche erfolgen eher durch Patienten mit schwerwiegenderen Problemen, schlechteren Ressourcen und ausgeprägteren Persönlichkeitsstörungen. „Therapieabbrecher“ stellen also eine systematisch ungünstigere Selektion aus der Ausgangspopulation dar. Ähnliche Patientenmerkmale sind mit längerem Verbleib in der Behandlung einerseits und günstigerem Outcome andererseits assoziiert (Anglin & Hser 1990, Vogt 2000). Der Nutzen einer Behandlungsmaßnahme lässt sich nicht allein schon damit belegen, dass die regulären Absolventen einen günstigeren Verlauf haben als die Abbrecher. Ohne den Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe ist es kaum möglich, den tatsächlichen Ertrag von Therapien zu quantifizieren. Stark (1992) behandelt die Frage, wie von Seiten der Behandlungseinrichtung das Haltevermögen verbessert und Dropout verringert werden kann. Er führt aus, dass kleinere dezentrale Kliniken mit besserer personeller Ausstattung geringere Abbruchquoten aufwiesen. Klienten sollten sofortige und individuelle Aufmerksamkeit erhalten und in kleineren Gruppen in einem freundlichen Umfeld behandelt werden.

Eine Reihe von Publikationen betrachten Zusammenhänge zwischen initialer Therapiemotivation und Behandlungsverlauf bzw. -erfolg (z.B. Hiller et al. 2002). Diese sollen hier nicht weiter thematisiert werden, da der Verfasser sich mit dem Motivationsproblem schon an anderer Stelle ausführlich befasst hat (Schalast 2000). Manche Aussagen zur Bedeutung von Motivation sind trivial und setzen sich nicht eingehend mit Facetten von Motivation, ihren Hintergründen und mit Möglichkeiten ihrer Förderung auseinander. Eine wesentliche Quelle geringer Motivation ist die fehlende Zuversicht, mit therapeutischer Unterstützung eine Besserung der persönlichen Lebenssituation und mehr Lebenszufriedenheit erreichen zu können. Für diese Skepsis liefern die Biografien straffälliger Süchtiger, ihre Persönlichkeitsstö-

rungen (das heißt auch: Störungen der Stimmungs- und Affektregulation), ihre soziale Randstellung wie auch Aspekte der Praxis des Maßregelvollzugs viele nachvollziehbare Gründe.

Die Möglichkeiten einer abstinenzorientierten Therapie unter den Bedingungen des Strafvollzugs werden allgemein eher ungünstig beurteilt (Preusker 2002). Doch wird international durchaus über viele Behandlungsangebote für Strafgefangene berichtet. So wird versucht, sogenannte drogenfreie Bereiche oder „Abstinenzzerprobungsabteilungen“ für Gefangene zu organisieren, die Unterstützung bei der Bewältigung ihres Suchtverhaltens wünschen (vgl. Stöver 2002). Dabei wirft die Ausgrenzung einer Gruppe von Klienten aus dem Gesamtkollektiv einer Haftanstalt Probleme auf, und Drogenfreiheit einer Abteilung kann durch die Vollzugsorganisation kaum sichergestellt werden. Auch stoßen entsprechende Angebote auf eine subkulturelle Gegenpropaganda (Preusker 2000, Kreuzer 2002). Das Prinzip erscheint dennoch ausgesprochen sinnvoll. Dabei sollten über bloße strukturelle und Kontrollmaßnahmen hinaus Aktivitäten implementiert werden, die den Zusammenhalt der Gefangenen und die Identifikation mit den Zwecken der Abteilung fördern (vgl. Schalast 2006). In Nordamerika werden entsprechende Konzepte unserem Eindruck nach schnell mit dem Etikett „Therapeutische Gemeinschaft“ versehen. Die Feststellung, dass die Absolventen solcher Gemeinschaften eine viel höhere Bewährungsquote haben als die „Dropouts“, stößt auf die oben schon formulierten methodischen Bedenken. So berichten etwa Winett et al. (1992), dass 34 % derjenigen, die regulär aus einer als „Therapeutische Gemeinschaft“ organisierten Abteilung entlassen wurden, innerhalb von drei Jahren wieder inhaftiert wurden, im Vergleich zu 53 % der Abbrecher (Überblick bei Springer et al. 2003). Schon Egg (1990) fand eine deutlich höhere Wiederverurteilungsquote für Gefangene, die aus einem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug in den Regelvollzug zurückverlegt wurden.

Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB

In einer Reihe von Studien wurde über Verläufe nach einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt berichtet.

Winter (1973) stellte Ergebnisse einer Gesamterhebung über alle 80 männlichen Alkoholpatienten dar, die zwischen 1961 – 1970 im baden-württembergischen PLK Weinsberg gemäß §42c StGB untergebracht waren. Es konnten Verlaufszeiträume zwischen einem und zehn Jahren überblickt und Daten aus dem BZR eingeholt werden. 75 % der Patienten sollen erneut verurteilt worden sein, davon zwei Drittel im ersten Jahr nach der Entlassung. Ein Widerruf der Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung sei bei 22 Patienten erfolgt.

Koch (1988) berichtete über alkoholabhängige Patienten des niedersächsischen Maßregelvollzugs. Für 68 von ursprünglich 160 Patienten konnten Verlaufsdaten erhoben werden. In den nicht einbezogenen Fällen waren zum Teil Beendigungen wegen Aussichtslosigkeit oder

Verlegungen in stärker gesicherte Abteilungen erfolgt. Im Katamnesezeitraum – über ein Jahr – war nur gut die Hälfte der beobachteten Gruppe durchgängig in Freiheit. Bei 29 % der Entlassenen gab es keine Hinweise auf neue Straftaten.

Pfaff (1998) beschreibt eine Gruppe von 77 alkoholabhängigen Patienten, die zwischen 1989-1991 aus einer Unterbringung in der Pfalzlinik Landeck entlassen wurden. In 9 Fällen war eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erfolgt (§ 67d Abs. 5 StGB). Von denjenigen, die zur Bewährung oder nach Erreichen der Höchstfrist in die Freiheit entlassen wurden, erklärten sich 55 Patienten mit der „Weiterverfolgung“ einverstanden und erteilten ihrem Bewährungshelfer eine Entbindung von der Schweigepflicht. Insgesamt konnten dann von 41 Patienten nach im Mittel 25 Monaten Verlaufsdaten gewonnen werden. 63 % dieser Patienten wiesen eine positive Legalbewährung auf. 37 % schienen abstinent zu leben.

Im Rahmen einer KrimZ-Studie berichtete Dessecker (1996) über Verläufe nach Anordnung der Unterbringung in der Entziehungsanstalt. Aus dem Gesamtkollektiv der bundesweiten Anordnungen im Jahre 1986 wurde nach Zufall ein Drittel des Jahrgangs ausgewählt, bei dem dann eine Aktenanalyse erfolgte. 249 Fälle konnten einbezogen werden. In nur gut einem Fünftel der Fälle wiesen die Patienten eine Abhängigkeit von illegalen Drogen auf. Verlaufsdaten nach Entlassung in die Freiheit wurden für 150 Untergebrachte gewonnen. Nicht einbezogen waren diejenigen, bei denen eine Beendigung nach § 67d Abs. 5 StGB erfolgt war (n = 28), Fälle, in denen die Unterbringung mit der Anordnung zur Bewährung ausgesetzt worden war (n = 40) und diejenigen, in denen noch kein 2-jähriger Zeitraum in Freiheit überblickt werden konnte. Für die katamnestisch erfasste Gruppe berichtet Dessecker, dass in 57 % der Fälle keine Straftat registriert werden konnte, die zu einer erneuten Eintragung führte. Erneute Verurteilungen erfolgten bei 50 % der drogenabhängigen und bei 39 % der alkoholabhängigen Probanden. In 15 % der Fälle wurde erneuter Freiheitsentzug ohne Bewährung (Freiheitsstrafe oder Maßregel) angeordnet.

Der Anteil der positiven Verläufe ohne erneute Straffälligkeit war mit 77 % höher, wenn die Maßregel primär zur Bewährung ausgesetzt worden war.

Metrikat (2002) hat in einer kriminologischen Analyse Verfahrensakten über 188 Personen ausgewertet, bei denen zwischen 1992 und 1996 in Niedersachsen die Unterbringung angeordnet wurde. Sie erfasste damit gut die Hälfte aller Anordnungen in diesem Zeitraum. Das Forschungsinteresse der Untersucherin betraf die Auswirkungen der BVerfG-Entscheidung zur Unterbringung in der Entziehungsanstalt (BVerfGE 91,1) vom 16.03.1994. Metrikat stellte unter anderem fest, dass nach der neuen Rechtslage Beendigungen wegen Aussichtslosigkeit im Durchschnitt etwas schneller erfolgten als nach dem alten Recht (als eine Mindestunterbringungszeit von einem Jahr erforderlich war). Die Unterbringungszeit ging von 19 auf 12 Monate zurück, bei insgesamt 84 Fällen nach altem und 104 nach neuem Recht. Die Er-

ledigungsquote lag unter beiden Bedingungen bei 50 % (37 vs. 48 Fälle). Beobachtbar war eine geringere Zahl an Entweichungen und Suchtmittelrückfällen in der Gruppe „neue Rechtslage“. Über die Bewährung im Anschluss an die Unterbringung berichtet Metrikat nur für die Fälle der Aussetzung zur Bewährung. In Fällen der Erledigung oder der Entlassung nach Erreichen der Höchstfrist könne, so Metrikat, ein Erfolg der Unterbringung ja gerade nicht festgestellt werden. So enthält die Darstellung nur Angaben über 71 Patienten, bei denen eine zweijährige Bewährungszeit überblickt werden konnte. In den Akten der Führungsaufsicht seien für 86 % der Gruppe „altes“ und 75 % der Gruppe „neues Recht“ Straftaten registriert worden (in Desseckers Stichprobe: bei 58 %). Es habe sich aber nicht um schwerwiegende Verbrechen gehandelt. Von Freiheitsstrafen ohne Bewährung seien deutlich unter 10 % (9,4 und 6,5 %) betroffen gewesen. Ähnlich wie bei Dessecker sei die Wiederverurteilungsquote bei Drogenabhängigen höher als bei Alkoholabhängigen gewesen. Ein Widerruf der Aussetzung der Unterbringung sei relativ selten erfolgt (16 % bzw. 6 %).

Von der Haar (2002) berichtet über 147 Patienten, die zwischen 1994-1996 in der Fachabteilung Bad Rehburg aufgenommen wurden. Für 99 Patienten werden katamnestische Daten referiert, und zwar Angaben der Bewährungshelfer zu Legalbewährung und Suchtverhalten. Zwei Drittel dieser Patienten hätten sich innerhalb eines mittleren Katamnesezeitraums von 2 Jahren und 8 Monaten legal bewährt, bei den übrigen sei entweder eine Verurteilung erfolgt (26 %) oder sei ein Verfahren anhängig (7 %). Gut 35 % der zur Bewährung Entlassenen lebten nach Einschätzung der Bewährungshelfer auch abstinent. Der Autor weist darauf hin, dass Angaben zu Abstinenz bzw. Rückfälligkeit weniger zuverlässig sind als die zum Legalverhalten.

Gericke & Kallert (2007) berichten über Patienten, die zwischen 1996 und 2001 im sächsischen Maßregelvollzug untergebracht waren. Sie beschreiben soziodemographische und kriminologische Merkmale von 277 Patienten. Bemerkenswerterweise sind fast 80 % dieser Gruppe alkohol- und nur etwa ein Fünftel drogenabhängig. Verlaufsdaten nach der Unterbringung werden nur für die 120 Patienten dargestellt, die vorzeitig zur Bewährung entlassen wurden. Für diese wird ein zweijähriger Katamnesezeitraum überblickt. BZR-Auszüge sprechen für Legalbewährung bei 63 % dieser Patienten. Nur in vier der 44 Fälle „strafrechtlicher Rückfälligkeit“ wurde eine Freiheitsstrafe von mehr als einem Jahr ausgesprochen, davon in einem Fall fünf, in einem anderen sechs Jahren Freiheitsentzug (letzteres in Verbindung mit der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus).

Jehle, Heinz & Sutterer (2003) haben eine umfangreiche kommentierte Rückfallstatistik vorgelegt, in der die Legalbewährung aller im Jahre 1994 irgendwie strafrechtlich Sanktionierten oder aus Freiheitsentzug Entlassenen dargestellt wird. Für die knapp eine Million Personen wird über einen Zeitraum von vier Jahren weiterverfolgt, ob sie erneut aktenkundig straffällig geworden sind (BZR). Bei den insgesamt 1.053 Fällen einer Unterbringung in der Entzie-

hungsanstalt weisen 41 % keine Folgeentscheidung auf. Von Freiheitsstrafe ohne Bewährung ist insgesamt ein Viertel betroffen (24,3 %). Für etwa 10 % ist Führerscheinentzug oder Fahrverbot dokumentiert (Überblickstabelle 3.6, a.a.O.). Die Gesamtgruppe schließt Fälle ein, in denen die Unterbringung primär zur Bewährung ausgesetzt wurde. Dies hat sich wohl kaum zu Lasten der Bewährungsquote ausgewirkt, da solche Verurteilte eine günstigere Prognose haben (s.o., Dessecker 1996).

Für Erwachsene, die zu einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt wurden, beträgt die allgemeine Bewährungsquote („keinerlei Folgeentscheidung“) genau 40 %. Bei etwa 22 % ergeht eine erneute „stationäre Folgeentscheidung“ (Freiheitsstrafe bzw. Jugendstrafe ohne Bewährung). Eine adäquate Vergleichsgruppe für die Patienten der Entziehungsanstalten stellen Erwachsene mit mehreren Voreintragungen im BZR dar. In der Gruppe mit 3 oder 4 Voreintragungen weisen gut 43 % keine Folgeentscheidung auf, in der Gruppe mit 5 und mehr Voreintragungen knapp 40 %. Dem entspricht etwa die Bewährung nach Unterbringung in einer Entziehungsanstalt.

Eigene Befunde bei einer Gruppe alkoholabhängiger Patienten

Im letzten Jahr haben wir uns bemüht, katamnestische Daten über die oben schon beschriebene Gruppe von 150 alkoholabhängigen Patienten des § 64-Maßregelvollzugs zu vervollständigen. Diese Patienten waren während ihrer stationären Unterbringung im Laufe der Jahre 2000 und 2001 eingehend psychologisch untersucht und befragt worden (Schalast et al. 2004, 2005). Alle hatten sich nach Aufklärung schriftlich damit einverstanden erklärt, dass nach ihrer Entlassung in die Freiheit Einschätzungen der zuständigen Bewährungshelfern zum weiteren Verlauf eingeholt würden, und zwar ein und zwei Jahre nach der Entlassung.

Von den 150 Patienten wurden allerdings nur 70 Personen in die Freiheit entlassen, ganz überwiegend entweder vorzeitig zur Bewährung oder nach Erreichen der Unterbringungshöchstdauer. Ein Patient verstarb während der Unterbringung. Bei denjenigen, die in den Strafvollzug entlassen wurden, wurde kein Versuch einer Nacherhebung unternommen.

Auch die Gruppe der in die Freiheit Entlassenen wurde katamnestisch nicht vollständig erreicht. Ein wichtiger Grund war, dass aufgrund der geltenden – inzwischen mit dem „Gesetz zur Neuregelung der Führungsaufsicht“ vom 13. April 2007 geänderten³ – Rechtslage bei Patienten, deren Unterbringung wegen Erreichen der Höchstfrist erledigt war, in der Regel⁴

³ § 67d Abs. 4 StGB lautete „Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt.“ Hinzugefügt wurde mit dem Gesetz zur Neuregelung der Führungsaufsicht vom 13.04.2007 der Satz: „Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.“

⁴ In 10 Fällen trat trotz Erreichens der Höchstfrist FA ein, und zwar aus früheren Verfahren.

keine Führungsaufsicht eintrat. Entsprechend konnten zumeist auch keine Bewährungshelfer kontaktiert werden. Ein zur Bewährung entlassener Patient widerrief im Nachhinein seine Einverständniserklärung.

Die katamnestische Erhebung betraf 51 Patienten, deren Therapieverlauf natürlich als relativ günstig bewertet worden war. Für fast alle konnte die weitere Entwicklung über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren nach Aussetzung der Unterbringung verfolgt werden. Zur Befragung der Bewährungshelfer wurde ein kurzer Beurteilungsbogen verwendet (s. Schlast et al. 2004). Einschätzung betrafen die soziale und berufliche Eingliederung der Entlassenen, Abstinenzverhalten, Legalbewährung und eine allgemeine Einschätzung der Zusammenarbeit.

Merkmale der katamnestisch nachverfolgten Patienten

Alter bei Untersuchung:	36,1 Jahre (SD: 10,3)
Schulabschluss:	70,6 %
Berufsausbildung:	41,2 %
Unterbringungsdelikt:	37,2 % Gewalttaten (Tötung, Körperverletzung, Sexualdelikte)
Haftbefragungen :	27,0 Monate (SD: 45,8)
Eintragung im BZR:	7,6 (SD: 7,7)
Erste Straffälligkeit laut BZR:	22,5 Jahre (SD: 9,9)

Tab. 5: Basisdaten der 51 katamnestisch nachverfolgten von ursprünglich 150 Patienten. SD = Standardabweichung

Im Schnitt fanden die Befragungen der Bewährungshelfer 13 Monate (Erstbefragung) und 27 Monate (Zweitbefragung) nach der Einrichtung der Führungsaufsicht statt.

Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung wohnen 41 % der Probanden allein und nur 31 % mit Partnerin oder Familie zusammen. Insgesamt acht der 51 Entlassenen befinden sich wieder in einer JVA. Knapp die Hälfte aller Klienten (45 %) sind zu diesem Zeitpunkt arbeitslos und weitere 12 % in 1 Euro-Jobs oder Umschulungsmaßnahmen beschäftigt.

Die Beurteilungen der Bewährungshelfer zur sozialen und beruflichen Einbindung fallen im ersten Katamnesezeitraum besser aus als im zweiten. 77 % der Befragten beschreiben die soziale Einbindung ihrer Klienten nach einem Jahr als gut oder eher gut. Bei der Hälfte (49 %) wird auch die berufliche Wiedereingliederungen als eher positiv bewertet. Am Ende des zweiten Katamnesezeitraums sind die entsprechenden Anteile 55 resp. 31 %.

Auch für die Einschätzung der allgemeinen Mitarbeit des Klienten gibt es eine Tendenz zur Verschlechterung: Nach einem Jahr wird die Mitarbeit überwiegend als eher gut bis gut bezeichnet (86 %), ebenso die Zuverlässigkeit bei der Einhaltung von Absprachen (84 %). Diese Anteile sinken leicht auf 71 bzw. 73 %.

Abstinenzhaltung: Bei der ersten Befragung nach einem Jahr Betreuungskontakt schätzen 69 % der Bewährungshelfer ihre Klienten als alkohol- und drogenabstinent ein. Dies sind ein Jahr später nur noch 53 %. Regelmäßiger oder massiver Konsum wird zu beiden Befragungszeitpunkten in 10 – 15 % der Fälle angegeben. Bei knapp 30 % erfolgt im Laufe des Katamnesezeitraums eine Entzugsbehandlung.

Straffälligkeit: Nach einem Jahr berichten die Bewährungshelfer bei sieben Klienten über erhebliche⁵ Straftaten (13,7 %), diese Zahl erhöht sich im zweiten Jahr auf neun (17,6 %). Acht von ihnen befinden sich nun, wie oben erwähnt, in einer JVA. Bei 61 % der Ausgangsgruppe gibt es keine Hinweise auf erneute Straffälligkeit, für weitere 16 % wird geringfügige Straffälligkeit angegeben.

Prognostische Einschätzungen: Nach einem Jahr geben die Bewährungshelfer in ca. 76 % der Fälle eine eher günstige bis sehr günstige Prognose hinsichtlich des Suchtverhaltens und hinsichtlich der Straffälligkeit ab. Dies deckt sich relativ gut mit dem Anteil der Probanden, die zu diesem Zeitpunkt als abstinent eingeschätzt wurden und nicht wieder straffällig geworden sind.

Ein Jahr später sind auch hier die Prognosen etwas schlechter. Eine positive Entwicklung im Suchtverhalten ihres Klienten erwarten zu diesem Zeitpunkt nur noch 56,9% der Bewährungshelfer. Allerdings haben nur 29,4% der Bewährungshelfer Bedenken hinsichtlich der Legalbewährung ihrer Klienten. Dies entspricht ungefähr dem Anteil der Probanden, die in irgendeiner Form erneut straffällig wurden.

Bewertung der Erkenntnisse über Bewährung nach Unterbringung

Wie dargestellt sind mehrere ernsthafte (und arbeitsaufwendige) Versuche unternommen worden, Erkenntnisse über Verläufe nach Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB zu erlangen. Trotzdem herrscht die Einschätzung vor, dass die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nur mangelhaft evaluiert sei (Wittmann 2007). Die publizierten Studien weisen eine Reihe methodischer Mängel auf, die in der Evaluationsforschung – gerade auch für „Suchtbehandlung unter Zwang“ – häufig anzutreffen sind.

So weisen Stevens et al. (2003) auf die folgenden verbreiteten methodischen Probleme und Schwächen hin:

- Bei vielen Untersuchungen gibt es keine Kontrollgruppe.
- Oft erfolgen retrospektive Erhebungen.

⁵ Im Katamnesebogen kann „geringfügige Straffälligkeit (z.B. Ladendiebstahl)“ und „erhebliche Straffälligkeit (z.B. Einbruch, Körperverletzung)“ angekreuzt werden. Der Bogen wird auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

- Stichproben sind oft relativ klein.
- Meist werden nur Daten über Patienten erhoben, die die Therapie regulär zu Ende bringen
- Die Katamnesezeiträume sind oft relativ kurz.
- Outcome, Zwang und Motivation sind oft ungenau konzeptualisiert.
- Über Ablauf und Eigenschaften von Therapie wird wenig informiert.
- Unterschiedlichen Zielgruppen für therapeutische Interventionen wird zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.
- Viele Studien stammen aus Amerika; Kultur, gesellschaftliche Probleme und Rechtssysteme sind nur begrenzt vergleichbar.

Ähnliche Kritik findet sich bei Klag, O'Callaghan & Creed (2005). Auch sie monieren das Fehlen adäquater Kontrollgruppen. Es werde häufig unzureichend über die Qualität der Therapeuten, den Behandlungsprozess, das Programm informiert, also Faktoren, die die Ergebnisse zum Teil erklären könnten.

Viele dieser methodischen Schwächen kennzeichnen auch die Forschung zum Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Die vorliegenden Untersuchungen sind auch aus folgenden Gründen von begrenzter Aussagekraft:

Zum einen muss berücksichtigt werden, dass die Verhältnisse im § 64-Maßregelvollzug sich in den letzten 15 Jahren beträchtlich gewandelt haben. Dies gilt zum Beispiel für die Zusammensetzung der Patientenpopulation, für die Organisation des Vollzugs (z.B. Lockerungsgrad), für den Anteil der Patienten, bei dem eine Beendigung gemäß § 67d Abs. 5 StGB erfolgt und auch für die rechtlichen Rahmenbedingungen. Ergebnisse von Studien, die Unterbringungen vor 20 und mehr Jahren betreffen, lassen sich auf die Bedingungen des aktuellen Maßregelvollzugs nur begrenzt übertragen.

Ein wesentliches Evaluationsproblem besteht darin, dass viele Studien – einschließlich unserer eigenen – nur eine mehr oder weniger selektierte Teilgruppe der jeweils untergebrachten Patienten weiterverfolgt haben. Gerade für klinikbasierte Studien gilt, dass sich Nachuntersuchungen immer auf die in die Freiheit entlassenen Patienten beschränkt haben. Selbst Metrikat (2002) hat sich bei ihrer niedersächsischen Untersuchung auf die Nachverfolgung der zur Bewährung Entlassenen beschränkt, da ihrer Auffassung nach nur bei dieser Gruppe von einer erfolgreichen Behandlung auszugehen sei.

Eine Gesamtbewertung der Maßregel gemäß § 64 StGB sollte jedoch alle von der Anordnung Betroffenen berücksichtigen. Im Prinzip sind ja drei Auswirkungen einer Unterbringung denkbar: sie kann im Hinblick auf den Zweck der Maßregel effektiv sein, sie kann wirkungslos sein (das Risiko krimineller Rückfälligkeit nicht beeinflussen), oder sie kann zusätzlich schaden.

Auf das Risiko einer ungünstigen Veränderung prognoserelevanter Merkmale infolge suchttherapeutischer Interventionen hat, wie oben schon erwähnt, Moos (2005) hingewiesen. Risikofaktoren für eine Verschlechterung sind unter anderem: junges Alter, schwere Störung, Defizitorientierung der Therapeuten und konfrontatives Vorgehen bei der Behandlung. Diese Faktoren sind dem § 64-Maßregelvollzug zweifellos nicht fremd.

Es könnte sein, dass die Unterbringung für verschiedene Teilgruppen der Patienten differierende Auswirkungen hat. Wenn ein Viertel der Patienten von der Maßregel profitierte und ein Drittel sich prognostisch verschlechterte, dann wäre die Gesamtbilanz des Rechtsinstituts eher negativ. Es würde sich dann zumindest die Frage stellen, wie man (a) die Indikation der Maßnahme (im Sinne „hinreichend konkreter Aussichten auf einen Behandlungserfolg“) präziser definiert und wie man (b) die Praxis des Vollzugs der Maßregel in einer Weise entwickelt, dass mehr Patienten profitieren.

Welche Schlussfolgerungen legen die vorliegenden Evaluationsstudien nahe?

Eine auch nur einigermaßen vollständige Einschätzung der Effektivität des § 64-Maßregelvollzugs ist auf der Basis der dargestellten Untersuchungen natürlich nicht möglich.

Internationale Studien machen zunächst einmal deutlich, dass Freiwilligkeit im weiteren Sinne nicht Voraussetzung für erfolgreiche Behandlung ist. Es liegt im Wesen süchtiger Entwicklungen, dass es die negativen Konsequenzen des Verhaltens sind, die zum Antritt einer Behandlung motivieren. Natürlich geht es bei der Mehrzahl der Abhängigen nicht um strafrechtliche Konsequenzen, sondern zum Beispiel um Druck des sozialen Umfeldes oder gesundheitliche Beeinträchtigungen (Blasius 1991). Im Übrigen unterscheiden sich die motivationalen Bedingungen für Therapieantritt und für kontinuierliche Mitarbeit in einer Therapie. Für letztere sind nicht die negativen Auswirkungen des Suchtverhaltens entscheidend, sondern die Hoffnung auf eine langfristige Besserung der persönlichen Situation (Schalast 2000). Diese kann natürlich auch unter strafrechtlichen Bedingungen aufgebaut und aufrecht erhalten werden.

Bei allen Untersuchungen zur Bewährung nach Unterbringung gemäß § 64 StGB stellt sich die Frage, mit welcher Referenzgruppe Einzelbefunde verglichen werden können. Jehle et al. (2003) haben zum Beispiel in der kommentierten Rückfallstatistik festgestellt, dass die Häufigkeit strafrechtlicher Folgeentscheidungen nach Anordnungen einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt etwa derjenigen entspricht, die bei mehrfach vorbelasteten Gefangenen nach Entlassung aus dem Strafvollzug beobachtet wird. Dies spricht oberflächlich betrachtet natürlich gegen einen Nutzen der Unterbringung. Es könnte jedoch sein, dass das Risiko krimineller Rückfälligkeit bei der Klientel der Entziehungsanstalt primär ausgesprochen hoch ist, eben aufgrund der Suchtprobleme höher als beim Durchschnitt der Strafge-

fangenen. Dann könnte in der Tatsache, dass nur bei einem Viertel binnen vier Jahren eine erneute Freiheitsstrafe ohne Bewährung ausgesprochen wird, schon ein deutlicher Therapieeffekt zum Ausdruck kommen.

Dessecker (1996) stellte die Bewährung bei einer mäßig selegierten Gruppe ehemals Untergebrachter über einen Zeitraum von zwei Jahren dar und fand eine Bewährungsquote (= kein erneuter Eintrag) von knapp 60 %. In dieser Größenordnung bewegen sich die katamnestiche Befunde der meisten klinikbasierten Studien mit höherer Selektionsquote. Vermutlich liefern Akten der Führungsaufsicht (Metrikat 2002) vollständigere Hinweise auf erneute, auch geringfügige, Straffälligkeit als BZR-Auszüge. Insofern kann die Analyse ersterer zu höheren Rückfallquoten führen.

Eine generelle Beobachtung ist, dass die Quote der strafrechtlich Bewährten deutlich höher ist als die derjenigen, die völlige Abstinenz erreichen. Dieser Befund ist wichtig im Hinblick auf Prioritäten, die in der Behandlung gefordert sind. Gradmesser des Behandlungserfolges ist an erster Stelle die strafrechtliche Bewährung und nur nachrangig das Abstinenzverhalten. Salopp gesprochen wäre man über den Ertrag der Unterbringung begeistert, wenn alle Entlassenen weiter konsumierten und keiner mehr straffällig würde. Alkohol- und Drogenkonsum sind zweifelsfrei Risikofaktoren für erneute Straffälligkeit, aber es gibt keinen Automatismus vom Alkohol- oder Drogenrückfall zur erneuten Straftat. Dies ist zu bedenken, wenn es etwa um das Umgehen mit Rückfallkrisen im Rahmen von gelockerter Unterbringung oder Nachsorge geht. Zur enorm hohen Erledigungsquote hat in den letzten Jahren wohl mancherorts ein sehr rigides Reagieren auf Suchtmittelrückfälle beigetragen. Dieses hat wiederum einen Hintergrund in dem hohen, von außen kommenden Druck, die Quote „besonderer Vorkommnisse“ zu minimieren.

Das der Abhängigkeitsproblematik immanente Rückfallrisiko leitet über zu einem Thema, welches beim Expertentreffen am 17. Januar 2008 ebenfalls auf der Tagesordnung stand: die medikamentengestützte Rückfallprophylaxe oder Schadensminderung bei Menschen mit Abhängigkeitsstörungen. Dr. Martin Heilmann, Oberarzt der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Essen, fasste den wissenschaftlichen Erkenntnisstand in einem anschaulichen Vortrag zusammen⁶. Dies kann und soll in diesem Bericht nicht erschöpfend wiedergegeben werden (vgl. Havemann-Reinicke et al. 2006, Schalast 2006). Nur die folgenden thesenhaften Anmerkungen seien erlaubt:

⁶ Wir danken Herrn Dr. Heilmann und Herrn Prof. Dr. Norbert Scherbaum ganz herzlich für ihren Beitrag und ihre Unterstützung. Rückfragen können erfolgen per Email an martin.heilmann@lvr.de und norbert.scherbaum@lvr.de. Siehe auch Abschnitt „Projektarbeitsgruppe“ S. 52.

- Bei einigen Patienten des Maßregelvollzugs, die nicht unbedingt hoch kriminell erscheinen, weiß man eigentlich am ersten Tag, dass vollständige Rauschmittelabstinenz kein realistisches Therapieziel ist.
- Substitutionsprogramme mindern kriminelle Rückfallrisiken.
- Die Kliniken könnten sich in kritischen Lockerungssituationen absichern (zum Beispiel durch ein Alkoholaversivum wie Disulfiram (Antabus®) oder durch die Gabe eines Opiatantagonisten wie Naltrexon (Nemexin®)).
- Eine interessante Frage ist, ob durch die Gabe eines Anti-Craving-Medikamentes (Naltrexon) antriebssteigernde und aggressionsfördernde Wirkungen einer Alkoholisierung kompensiert oder gemindert werden können.
- Die Gabe eines suchtspezifischen Medikamentes im Rahmen der Unterbringung ist natürlich keine Patentlösung; ggf. werden gewisse unerwünschte Wirkungen in Kauf genommen. In Grenzen erscheint dies gerechtfertigt, wenn es nach Aufklärung und in sorgfältiger Absprache mit dem Patienten erfolgt und die Quote der mit der Feststellung von Aussichtslosigkeit endenden Unterbringungen gesenkt werden kann.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass wir den Ertrag des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB auf der Basis vorhandener Untersuchungsergebnisse nicht wirklich einschätzen können. Die Datenlage ist mit der These eines Nutzens der Maßregel grundsätzlich vereinbar. Was jedoch gar nicht beurteilt werden kann, ist die Frage, ob die häufigen Beendigungen wegen Aussichtslosigkeit nicht in manchen Fällen kontraproduktiv sind, indem Patienten entmutigt und in ihrer sozialen Devianz bestärkt werden.

Allgemeine Überlegungen zur Evaluationsforschung

Allgemein geht es in der Evaluationsforschung natürlich um die Beantwortung der Frage: „Ist eine therapeutische Maßnahme effektiv?“ oder ggf. differenzierter „Wem hilft sie unter welchen Umständen mit welcher Wahrscheinlichkeit oder in welchem Maße?“ Im Bemühen um eine „Evidenzbasierung“ ärztlich-therapeutischer Maßnahmen haben Evaluationsstudien seit Jahren einen herausragenden Stellenwert. Evidenzbasierte Medizin wird mit Sackett et al. (1997, S. 644) definiert als „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtigen besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“. Die Orientierung individueller therapeutischer Entscheidungen am aktuellen Forschungsstand ist zweifellos anzustreben, der Wandel von der „Eminenz- zur Evidenzbasierung“ (Zurhorst 2003) stellt einen Fortschritt dar.

Im Hinblick auf die Unterbringung gemäß § 64 StGB könnte der Standpunkt vertreten werden: hier ist wissenschaftlich aufwändige Evaluation nicht vordringlich. Die Maßnahme legitimiert sich, anders als jede medizinisch-therapeutische Intervention, nicht durch ihre Effektivität, sondern durch ihre strafrechtliche Funktion. Der Maßregelvollzug hatte sich ja lange Zeit mit seiner therapeutischen Ineffektivität ganz allgemein arrangiert (Rasch 1984), ohne dass man seine Existenz in Frage gestellt hätte. Die mancherorts sehr hohen Erledigungsquoten bei Patienten der Entziehungsanstalten signalisieren, dass man sich auch heute unter keinem hohen therapeutischen Effizienzdruck fühlt oder dass man sich an einem alternativen Erfolgsmaßstab orientiert, etwa „Vermeidung besonderer Vorkommnisse“.

Eine solche, um einen Wirksamkeitsnachweis nicht bemühte, Position wäre aus vielen Gründen unbefriedigend und würde auch von den meisten Klinikvertretern nicht geteilt. Sie wäre in gewissem Grade sogar falsch, denn das Rechtsinstitut „Unterbringung in der Entziehungsanstalt“ wäre ohne therapeutischen Nutzen nicht wirklich legitim. Schon aus allgemein-kriminologischen Gründen wird die Konstruktion § 64 StGB in Frage gestellt (Wilms 2005). Lügen die „hinreichend konkreten Aussichten“ eines Behandlungserfolges auch unter günstigen Bedingungen im Einzelfall nicht vor – weil die Störungen der Patienten in aller Regel nicht behandelbar sind - so wäre das Sonderopfer der Unterbringung erst recht nicht zu begründen.

Man kann davon ausgehen, dass überall dort, wo sich eine differenzierte Praxis des Maßregelvollzugs entwickelt hat, ein erhebliches Interesse an systematischer Evaluation besteht. Auch sollte der Maßregelvollzug sich – angesichts rasanter gesellschaftlicher Umverteilungen - nicht in der Sicherheit wiegen, dass eine (kosten-) aufwändige Sonderregelung für eine bestimmte Gruppe von Tätern ohne Wirksamkeitsnachweis auf lange Sicht unverändert Bestand haben wird. Strafrechtliche Bestimmungen sind in den letzten Jahren mit beeindruckender

ckender Schnelligkeit geändert worden. Systematische Evaluation ist im Sinne der Klinikvertreter und kann dazu beitragen, die Existenz der Maßnahme langfristig abzusichern. Sie ist auch im Sinne der Patienten, wenn sie zur Beantwortung der Frage beiträgt, was hilft.

Das Prinzip „Randomisierte kontrollierte Studie“

Überschaut man die aktuelle Literatur, so kann man den Eindruck gewinnen, dass das Forschungsprinzip der „randomisierten kontrollierten Studie“ (randomised controlled trial, RCT) eine unabdingbare Voraussetzung auf dem Wege zu wissenschaftlich hochkarätiger Evidenz darstellt. Das RCT-Paradigma besagt kurzgefasst, dass Untersuchungsprobanden nach Zufall (Randomisierung) Untersuchungsgruppen zugewiesen werden, die sich hinsichtlich einer Bedingung systematisch unterscheiden (z.B. Therapieverfahren A vs. Verfahren B, Verum vs. Placebo o.ä.). Es wird beobachtet, wie sich die Varianten der Bedingung auf ein Kriterium auswirken (z.B. Wohlbefinden, Abstinenz o.a.). In komplexeren Designs können auch Kombinationen mehrerer Bedingungen geprüft werden.

Die pauschale Kritik, das RCT-Design sei in der Psychotherapieforschung „vom Ansatz her grundsätzlich falsch“ und nur in der Pharmaforschung angemessen (Tschuschke 2005), geht dabei zu weit. Das Prinzip „randomisierte kontrollierte Studie“ ist grundsätzlich optimal, wenn es darum geht, die kausale Wirkung von Bedingungen auf komplex determinierte Aspekte des Erlebens und Verhaltens zu prüfen. RCT-Designs erlauben, wenn konsequent realisiert, mehr oder weniger zwingende Aussagen zu Kausalzusammenhängen (z.B. Methode A ist Methode B mit hoher Wahrscheinlichkeit überlegen). RCT-Designs besitzen eine hohe interne Validität. Dies besagt, dass signifikante Unterschiede zwischen Gruppen – bei sauberer Methodik und adäquater Durchführung – ziemlich sicher auf die variierte Bedingung zurückgeführt werden können. Daher haben Behandlungsempfehlungen (Leitlinien), die durch randomisierte kontrollierte Studien abgesichert werden können, eine hohe Evidenzstärke (vgl. Schmidt & Gastpar 2006).

Del Boca & Darkes (2007) haben aktuell dargestellt, wie RCT-Studien in der Suchtforschung optimiert werden können. Dabei geht es praktisch immer um die Evaluierung sogenannter Behandlungs-„Programme“, also Interventionen mit einer hohen „Integrität“. Damit ist folgendes gemeint: Um den Einfluss unspezifischer therapeutischer Wirkfaktoren zu reduzieren, werden Therapeuten oder Anwender systematisch trainiert, ein bestimmtes Vorgehen einheitlich zu verwirklichen, und damit dies gewährleistet werden kann, erfolgen Therapien „manualgestützt“. Es gibt mehr oder weniger präzise Vorgaben, wie Therapeuten sich in bestimmten Situationen verhalten sollen. Praktisch immer handelt es sich um zeitlich überschaubare, durchstrukturierte Interventionen. Beispiele sind das R&R-Programm (Reasoning

and Rehabilitation, Ross et al. 1988, 35 Doppelstunden) oder COVAID (Control of Violence for Angry Impulsive Drinkers, McMurrin & Cusens 2003, 10 Doppelstunden). Eine Stärke solcher Programme besteht darin, dass sie systematisch das „Ansprechbarkeitsprinzip“ (Andrews & Bonta 1994) umsetzen, also Lernsituationen in einer Weise gestalten, die die jeweilige Zielgruppe motiviert und zur Mitarbeit ermutigt. Auch im Maßregelvollzug ist man zunehmend darum bemüht, „moderne“ und „evidenzbasierte“ Behandlungsprogramme zu implementieren. Manche dieser Programme beeindrucken nicht nur durch kreative Inhalte, sondern auch durch geschickt angelegtes Marketing.

Grenzen des RCT-Prinzips

Aus dem Setting entsprechender Programme leitet sich auch eine zentrale Kritik am RCT-Ansatz ab: In der klinischen Praxis geht es kaum darum, Patienten in zeitlich engem Rahmen quasi nach dem Gießkannenprinzip einheitliche Lernerfahrungen zu vermitteln. Vielmehr muss unter komplexen Bedingungen langfristig auf individuelle Behandlungsziele hingearbeitet werden. Es stellt sich in dem Zusammenhang die Frage nach der externalen Validität von RCT-Studien (vgl. u.a. Slade & Priebe 2001). In komplexen und langfristigen Behandlungssettings deckt die spezifische Behandlungsmethode eine vergleichsweise geringe Varianz des Gesamtoutcomes ab (Tschuschke 2005 mit weiteren Verweisen). Unspezifische Beziehungsfaktoren haben entscheidendes Gewicht. Zurhorst (2003) und Tschuschke (2005) bezeichnen manualisierte Psychotherapie im engeren Sinne als ein Absurdum. Evidenzbasierte Leitlinien könnten gerade im Feld komplexer psychosozialer Behandlungen am ehesten als Orientierung für Anfänger dienen. Bemerkenswert ist, dass die Durchführung von Programmen („program delivery“) in manchen Studien gar nicht mehr als Therapie bezeichnet wird und dass die (teuren) Trainingsangebote sich zum Teil gezielt an weniger qualifizierte Berufsgruppen richten. Manche angeblich evidenzbasierten Kurzinterventionen haben, wenn sie in der Praxis routinemäßig nach dem Gießkannenprinzip bei schwer beeinträchtigten Klienten – wie Strafgefangenen mit Doppeldiagnosen - eingesetzt werden, kaum mehr als Alibicharakter.

Bemerkenswert ist, wie auch renommierte Wissenschaftler sich mit dem Druck in Richtung empirischer Evidenzbasierung arrangieren. So haben Kernberg und Mitarbeiter die manualisierte „Transference Focused Psychotherapy“ entwickelt. Das Manual für dieses „Programm“ (Dammann et al. 2001) ist tatsächlich ein Lehrbuch, und die TFP-Durchführung erfordert eine aufwändige psychotherapeutische Ausbildung. Aber die Verpackung folgt sozusagen den Forderungen des Zeitgeistes. Brueck & Mann (2007) haben ein Manual mit Behandlungsmodulen zur „Alkoholspezifischen Psychotherapie“ publiziert. Die methodischen Anregungen in diesem Band mit Checklisten, Arbeitsblättern und einer CD-ROM sind höchst nützlich zur

Planung und Gestaltung motivierender zielorientierter Therapiesitzungen. Verkaufsfördernd behauptet der Verlag auf dem Klappentext, dass die Wirksamkeit des Programms in einer groß angelegten Studie des National Institute of Health nachgewiesen sei. Auch im Geleitwort (Matthias Berger) wird die Evidenzbasierung des Verfahrens betont. Tatsächlich hat das amerikanische Originalprogramm seine besondere Eignung in der entsprechenden Studie gerade nicht beweisen können (vgl. Lindemeyer 2007).

Quasi-experimentelle Untersuchung

Unabhängig davon, wie man zu bestimmten methodischen Prinzipien steht, gilt für den Maßregelvollzug, dass eine Zufallszuweisung aus offensichtlichen und immanenten Gründen nicht realisierbar ist. Außerdem handelt es sich um eine komplexe Langzeitintervention mit einem anspruchsvollen allgemeinen Behandlungsziel, der Minderung von Gefährlichkeit. Die Evaluation des § 64-MRV ist also mit der Evaluation von Programmen im oben genannten Sinne nicht vergleichbar. Einen ersten Versuch, unter den komplexen Bedingungen der Entziehungsanstalt Effekte eines Behandlungsprogramms im engeren Sinne nachzuweisen, kann man als mehr oder weniger gescheitert bezeichnen (Fontao et al. 2006).

Schwierigkeiten, das RCT-Prinzip zu realisieren, sind in der psychotherapeutischen Evaluationsforschung durchaus verbreitet. Eine methodische Alternative stellen sogenannte quasi-experimentelle Untersuchungsdesigns dar. Dies sind Untersuchungspläne mit Interventions- und Kontrollgruppe, bei denen keine Zufallszuweisung erfolgt. Eben die fehlende Zufallszuweisung ist ein möglicher inhaltlicher Angriffspunkt bei solchen Studien. Es stellt sich stets die Frage, ob es zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe systematische Unterschiede gibt. Die Gefahr ist bei Therapieevaluationsstudien recht groß. So können systematische Selektions- und Selbstselektionsprozesse darauf Einfluss nehmen, ob Personen in die Interventions- oder die Kontrollgruppe gelangen. Dies würde zum Beispiel gelten, wenn man im Strafvollzug Bewährungsquoten nach Aufenthalt auf einer drogenfreien Abteilung im Vergleich zum Regelvollzug vergliche.

Zur Absicherung des Untersuchungsplans kann versucht werden, relevante Merkmale bei allen Untersuchungsteilnehmern zu erfassen (z.B. Behandlungsmotivation, Schwere der Beeinträchtigung, Therapievorerefahrung o.ä.). Dann kann geprüft werden, ob die Gruppen sich diesbezüglich a priori unterscheiden, und der Einfluss der Merkmale kann durch statistische Verfahren ggf. kompensiert werden (Covarianzanalyse).

Allgemein kann geprüft werden, ob Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich relevanter Merkmale gleichwertig sind (Parallelisierung). Ein noch strengeres Verfahren zur Konstruktion einer gleichwertigen Kontrollgruppe ist das Matching der beiden Gruppen. Hierbei wird jedem Probanden der Interventionsgruppe aus der Gesamtheit nicht behandelter Personen ein

Partner zugewiesen, der diesem hinsichtlich eines Profils von Merkmalen entspricht (zum Beispiel gleiches Geschlecht, gleiche Altersgruppe, gleiche Sozialschicht o.ä.). Die Merkmale sollten so ausgewählt werden, dass Zweifel an der Gleichwertigkeit von Interventions- und Kontrollgruppe so gut wie möglich ausgeräumt werden.

Überlegungen zur Methodik einer adäquaten Evaluationsstudie

Vergleichsgruppe

Die wichtigste Schlussfolgerung aus der oben dargestellten Bilanz des derzeitigen Forschungsstandes lautet: Aussagekräftige Evaluationsforschung erfordert die Berücksichtigung einer nicht (oder anders) behandelten Vergleichsgruppe. Die Arbeitsgruppe EISS (2003) kam auf der Basis ihrer Literaturlauswertung zu folgender Feststellung:

“Future studies should use large samples in multiple sites with carefully described comparison groups and lengthy follow-up” (EISS 2003).

Ohne Vergleichsgruppe gibt es keine Referenzgröße für die Beurteilung eines Kriteriums (etwa der Bewährungsquote). Bei Untersuchungen ohne Vergleichsgruppe kann trefflich darüber gestritten werden, welche aus sonstigen Studien bekannte Gruppe als Referenzgruppe geeignet wäre.

Die zur Einschätzung des Ertrags der Maßregel geeignete Vergleichsgruppe drängt sich unmittelbar auf: es handelt sich um **Strafgefangene mit Suchtproblemen**, bei denen keine Unterbringung angeordnet wurde. Bei der Frage nach der Maßregeleffektivität jetzt es darum, ob die suchtbedingte Gefährlichkeit (i.S.d. § 64 StGB) durch die Unterbringung effektiver gemindert wird als durch Strafvollzug. Also müssen Bewährung bzw. erneute Straffälligkeit bei diesen beiden Gruppen verglichen werden. Der Einwand, dass Strafgefangene ja keine völlig unbehandelte Vergleichsgruppe darstellen, da es auch im Strafvollzug suchtspezifische Hilfsangebote und Maßnahmen gibt, trägt nicht. Von Vertretern des Strafvollzugs werden immer wieder unzureichende Einflussmöglichkeiten bei dieser problematischen Gefangengruppe beklagt (Preusker 2002). Der Maßregelvollzug mit seinem spezifischen und umfassenden Therapieangebot muss seine Effizienz gegenüber dem modernen Strafvollzug unter Beweis stellen.

Stichprobengröße und statistische Power

Bei der Planung einer Evaluationsstudie sollten im Vorhinein Überlegungen dazu angestellt werden, welche Effektgröße mit welcher Sicherheit nachgewiesen werden soll und welche Stichprobengröße dafür erforderlich ist. Im vorliegenden Projekt geht es darum, die Wirkung

gen der Unterbringung in der Entziehungsanstalt – im Vergleich zu einem Gefängnisaufenthalt (s.u.) – aufzuzeigen. Maßgebliches Kriterium ist die Bewährung nach Entlassung in die Freiheit. **Effektgröße** ist die einfache Differenz der Bewährungsquoten ehemaliger Patienten und Gefangener. Eine allgemeine Effektgröße von **+ 10 %** wäre ein substantieller Wirksamkeitsnachweis. Bezugnehmend auf Bortz & Döring (2002, Kap. 9.2) gilt folgendes für die angemessene Stichprobengröße:

Wählt man einen Alpha-Fehler (Wahrscheinlichkeit, dass ein Gruppenunterschied zufällig Signifikanz erreicht) von 0,05 und einen Beta-Fehler (Wahrscheinlichkeit, dass ein tatsächlich vorhandener Gruppenunterschied nicht entdeckt wird) von 0,20, so ergibt sich schon ein erforderlicher Stichprobenumfang von etwa **n = 300** für die Identifizierung und Absicherung einer Effektgröße von 10 %.

Unabhängig von dieser Kalkulation ergibt sich das Erfordernis einer **großen Stichprobe** und der Einbeziehung einer **Mehrzahl von Einrichtungen** auch aus der Heterogenität der Praxis des Maßregelvollzugs. Pollähne & Kemper (2007) kamen bei ihrer vergeblichen Suche nach verlässlichen Prädiktoren des Therapieverlaufs zu der Einschätzung, dass „die jeweilige Klinik selber ein entscheidender Prädiktor für das ‚Scheitern‘ der Entziehungsbehandlung“ sei (S. 103). Dabei muss bedacht werden, dass die Kliniken sich nicht nur hinsichtlich der Behandlungsmethodik, sondern auch hinsichtlich Rahmenbedingungen und Charakteristika der Patienten unterscheiden. Jedenfalls kann eine Forschungsstrategie nicht darauf abzielen, die Maßregelvollzugsbehandlung zu evaluieren. Die Art und Weise, in der der Behandlungsauftrag umgesetzt wird und werden kann, unterscheidet sich von Standort zu Standort. Also müssen viele Kliniken in eine entsprechende Studie einbezogen werden. Eine Zahl von acht Einrichtungen sehen wir als ein Minimum an. Die anzustrebende Stichprobengröße von $n = 300$ würde dann im Laufe eines Jahres auch problemlos erreicht bzw. übertroffen.⁷

„Matched Design“

Die statistische Power des Untersuchungsdesigns kann dadurch gesteigert werden, dass man Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger - prognoserelevanter – Merkmale **parallelisiert** oder besser noch **matcht**. Parallelisierung würde bedeuten, dass die Gruppen sich im Durchschnitt hinsichtlich Merkmalen wie Alter und strafrechtlicher Vorbelastung entsprechen. Noch gleichwertiger werden die Gruppen durch das im Folgende be-

⁷ Beim Expertentreffen wurde vorgeschlagen, weiblichen Untergebrachten in der Untersuchung besondere Beachtung zu schenken, da bei ihnen von besonderen Verhältnissen und Problemen der Behandlung auszugehen sei. Dem ist zuzustimmen, wobei die Beantwortung der entsprechenden Fragen eine spezielle Untersuchung mit Berücksichtigung einer ebenfalls großen Stichprobe von Patientinnen erforderte. Dies kann in der hier vorgeschlagenen Studie nicht en passant geleistet werden.

schriebene Matching: Für jeden Maßregelpatienten wird ein Strafgefangener identifiziert, der ersterem im Hinblick auf ein grobes Raster von Merkmalen entspricht. Die Parallelisierungsmerkmale sind (Entwurf):

- Altersgruppe (bis 20, 21 – 25 usw. in 5er-Schritten)
- Deliktkategorie (Gewalt-, Sexual-, Eigentums-, Btm-, sonstiges Delikt)
- strafrechtliche Vorbelastung (0-1, 2-4, 5-10, >10 BZR-Einträge)
- Kategorie der Abhängigkeitsstörung (Alkohol; Polytoxikomanie).

Darüber hinaus wäre abzuklären, ob es einen bei Maßregelpatienten und Gefangenen einfach erfassbaren suchtspezifischen Parameter gibt, der eine grobe Einschätzung der Schwere der Abhängigkeit ermöglicht (z.B. stationäre Entgiftungen / Notaufnahmen in der Vorgeschichte).

Das Strafmaß wird beim Matching nicht berücksichtigt, weil Maßregelpatienten wegen der häufigen Zubilligung verminderter Schuldfähigkeit bei gleicher Deliktschwere vermutlich systematisch kürzere Strafen erhalten.

Erhebung der Patientenstichprobe

Die **Patientenstichprobe** rekrutiert sich aus dem kompletten **Aufnahmejahrgang 2009** der beteiligten Einrichtungen. Die Erhebung von Basisdaten erfolgt im Rahmen der üblichen Eingangsdiagnostik. [Die Vergleichsgruppe von Strafgefangenen kann zu einem späteren Zeitpunkt (2010/11) erfasst werden. Bei ihnen finden keine Diagnostik und keine spezielle Eingangsuntersuchung für die Studie statt. Die JVA-Probanden müssen daher auch nicht am Anfang der Haftverbüßung rekrutiert werden.]

Bei den **Maßregelpatienten** erfolgt eine **Erhebung von Basis und Verlaufsmerkmalen**, und zwar durch die zuständigen Klinikmitarbeiter. Die zu erhebenden Variablen werden klinikübergreifend abgestimmt. Die Erhebung soll so erfolgen, dass sie die Klinikmitarbeiter wenig belastet und die klinikinterne Eingangs- und Verlaufsdagnostik sinnvoll ergänzt. Mit möglichst kurzen Fragebogen- und Testinstrumenten werden Merkmale erhoben, die als prognoserelevant gelten. Die in Tabelle 4 aufgelisteten Befunde können für die Auswahl von Erhebungsinstrumenten orientierend sein. Dabei kann auf etliche der dort dargestellten Merkmale verzichtet werden, die in bisherigen Studien zur Vorhersage von Behandlungsverläufen nichts beigetragen haben.

Es wäre möglich, ein rechnergestütztes Eingabeverfahren zur Erfassung der wichtigsten Variablen zu entwickeln.

Rekrutierung der Vergleichsgruppe von Gefangenen

Unter Haftinsassen ist der Anteil derjenigen mit Abhängigkeitsstörungen beträchtlich. Wirth (2002) berichtet von knapp einem Drittel Drogenabhängigen und etwa acht Prozent Alkoholabhängigen unter den Neuzugängen mehrerer Haftanstalten in NRW, bei Anlegung recht strenger medizinischer Kriterien. Bei einer Stichtagserhebung fanden sich Hinweise auf akute Suchtprobleme bei 17 % der Gefangenen. Man kann also problemlos von deutlich über 3000 Gefangenen allein in NRW ausgehen, für die eine Suchtdiagnose zu stellen ist.

Für die **Rekrutierung der Vergleichsprobanden** stellen wir folgendes Verfahren zur Diskussion:

- Eine spezielle Untersuchung von Gefangenen im Rahmen der Studie wäre aufwändig und würde viele weitere Fragen aufwerfen. Auf sie sollte unseres Erachtens verzichtet werden.⁸
- Die Identifizierung geeigneter gematchter Vergleichspersonen für Patienten der Maßregelstichprobe erfolgt durch Mitarbeiter des Justizdienstes. Über einen Ausgleich des anfallenden Arbeitsaufwandes müssten sich die beteiligten Behörden verständigen. Das Projektteam erhält keine Informationen über Gefangene bis auf die jeweilige Codenummer, das Profil der Matching-Variablen (Altersklasse, strafrechtliche Vorbelastung usw.) und die Schlüsselnummer des zugehörigen gematchten Partners in der Maßregelstichprobe.

Der Arbeitsaufwand bei der Rekrutierung der Gefangenenstichprobe hängt ab von der Systematik der Dokumentation der Parallelisierungsmerkmale in den Haftanstalten. Wenn die Merkmale aus einer Art Basisdokumentation abrufbar wären, so wäre der entsprechende Aufwand sehr gering.

Erfassung der therapeutischen Praxis

Ein wesentliches Problem der gesamten Untersuchung besteht in der adäquaten Einschätzung und **Erfassung von Eigenarten der therapeutischen Praxis** in den Kliniken. Nur zu erfragen, an welchem Konzept oder welchem Programm man sich orientiert, besagt für das therapeutisch-pflegerische Handeln im Alltag wenig. Wir avisieren daher folgendes Vorgehen:

Erstens wird ein Fragebogen entwickelt, mit dem Patienten und Beschäftigte angeben können, welchen Stellenwert bestimmte Aktivitäten in der Behandlung eines Patienten haben

⁸ Sie käme ggf. in Betracht, wenn es im Rahmen des Projektes dem Strafvollzug selbst ein Anliegen wäre, den Verlauf bei den Angehörigen der Gefangenenstichprobe eingehender zu untersuchen.

(etwa in Anlehnung an Schalast 2000, S. 207). Es könnte eingeschätzt werden, welcher Zeitaufwand für Aktivitäten betrieben wird und welches Gewicht / welche Wertigkeit ihnen beigemessen wird.

Zweitens beurteilen Patienten und Beschäftigte die Behandlung, wobei modifizierte Beurteilungsbögen nach Mattejat & Renschmidt (1998) eingesetzt werden könnten. Diese Autoren haben kurze Beurteilungsbögen für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen entwickelt. Der Patient beschreibt auf einem kurzen Fragebogen den Erfolg der Behandlung, die Beziehung zum Therapeuten und die Rahmenbedingungen der Behandlung. Auch die Therapeuten schätzen den Therapieerfolg ein, und zwar in Bezug auf den Patienten, seine Angehörigen/Bezugspersonen und die Kooperation aller Beteiligten.

Eingesetzt werden sollte auch der kurze Fragebogen von Schalast (2008) zur Einschätzung des Stationsklimas.

Die hier vorgeschlagene dimensionale Beschreibung der therapeutischen Praxis hat einen Vorteil gegenüber kategorialen Unterscheidungen: Es lässt sich in der Auswertung einfach prüfen, welche Merkmale mit der Bewährungsquote signifikant korreliert sind. Die Gesamtstichprobe muss nicht zerstückelt werden, um zu Aussagen über Effekte bestimmter therapeutischer Aktivitäten zu kommen.

Anzustreben wäre eine Beurteilung von Behandlungsaktivitäten zu wenigstens zwei Zeitpunkten, nicht etwa nur rückblickend vor der Entlassung. Die Einzelheiten können im Projektteam abgestimmt werden.

Outcome-Datei

Die wesentliche **Kriterienvariable** ist die Führung der ehemaligen Patienten und Gefangenen nach Entlassung in die Freiheit in einem **zweijährigen Bewährungszeitraum**. Berücksichtigt werden selbstverständlich auch Patienten, die nach Erledigung der Maßregel und Verbüßung einer Reststrafe in die Freiheit entlassen werden.

Zeitrahmen

Nach von der Haar (2006) wird bei den Maßregelpatienten im Durchschnitt neben der Unterbringung eine Freiheitsstrafe von 40 Monaten ausgesprochen. Bei weniger als 18 % der Patienten hat die Parallelstrafe eine Länge von über fünf Jahren. Nach neuer Rechtslage soll das Gericht allerdings schon bei Strafen ab drei Jahren Dauer bestimmen, dass ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist. Dieser Teil der Strafe ist so zu bemessen, dass nach seiner Vollziehung und einer anschließenden Unterbringung eine Aussetzung zur Bewährung und Entlassung in die Freiheit möglich ist (§ 67 Abs. 2 StGB). Auch wenn die Ge-

richte damit einen Spielraum haben, gehen wir davon aus, dass zukünftig gerade bei besonders langen Strafen (über fünf Jahren) ein Vorwegvollzug selten unterbleibt.

Bei günstigem Verlauf der Maßregel und Entlassung in die Freiheit ist überwiegend von Unterbringungszeiten unter drei Jahren auszugehen. Selbst bei Erledigungsentscheidungen und Verlegungen in den Strafvollzug wird die Gesamtdauer des Freiheitsentzugs ab Aufnahme des Patienten in die Maßregelklinik fünf Jahre selten überschreiten. Wir gehen daher davon aus, dass bei einem **Projektzeitrahmen von acht Jahren** für die überwiegende Mehrheit der Maßregelpatienten (deutlich über 90 %) ein Katamnesezeitraum von zwei Jahren erreicht werden kann. Die zur Bewährung in die Freiheit entlassenen Patienten wird man vollständig erfassen können. Da die Rekrutierung der Vergleichsgruppe von Strafgefangenen nicht am Anfang der Strafverbüßung erfolgen muss, können bei diesen vollständige Verlaufsdaten problemlos erhoben werden.

Koordinierung der Erhebung und Datenschutz

Das im Folgenden skizzierte Vorgehen bei der Datenerhebung erfordert zunächst die Genehmigung durch die Landesbeauftragte für den Datenschutz. Mit einem entsprechenden Antrag würde ein Datenschutzkonzept vorgelegt und auch darauf hingewiesen, dass – im Sinne von § 28 Abs. 2 DSGVO – der Zweck der Forschung auf andere Weise nicht erreicht werden kann und ein erhebliches öffentliches Interesse an der Durchführung der Untersuchung besteht.

Am Institut für Forensische Psychiatrie in Essen erfolgt nur die Koordinierung der Studie. Vom Institut werden keine Daten erhoben. Es werden nur **strikt anonymisierte**, nicht re-identifizierbare Datensätze in einer **übergreifenden Projektdatei** zusammengeführt. Institutsmitarbeiter haben keinen persönlichen Kontakt zu Patienten oder Gefangenen und nehmen keine Aktensicht.

Weder Patienten noch Gefangene werden um Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Die Aussagekraft der aufwändigen Studie würde erheblich geschwächt, wenn man in den Untersuchungsgruppen eine mehr oder weniger hohe Verweigererquote in Kauf nähme (vgl. Radosevich 2006). Es wäre fast zwingend mit systematischen Verzerrungen zu rechnen, weil vermutlich die gestörteren und misstrauischeren Probanden oder die „Erlediger“ die Mitwirkung eher verweigern. Auch wäre mit einer weit höheren Ausfallquote bei Strafgefangenen zu rechnen, die ja nicht in einem längeren Prozess zur Mitwirkung motiviert werden können. Nur wenn alle relevanten Personen einbezogen werden können, erlaubt die Studie tragfähige Aussagen und können die methodischen Mängel früherer Untersuchungen vermieden werden. Im Hinblick auf den **Datenschutz** ist hervorzuheben, dass keine Institution identifizierbare Daten an Außenstehende weitergibt.

Angaben zur Person (nebst studieninterner Codenummer) werden nur einer zentralen Stelle beim **Generalbundesanwalt** in Karlsruhe zugeleitet, und zwar durch die jeweiligen Kliniken bzw. JVAen zum Zeitpunkt der Entlassung der Klienten. Der GBA stellt dem Institut **zwei Jahre nach Entlassung** des jeweiligen Klienten **anonymisierte Strafregisterauszüge** zur Verfügung. Kliniken und Vollzugsanstalten erhalten keine identifizierbaren Angaben zur Führung der jeweiligen Probanden.

Das **Institut für Forensische Psychiatrie koordiniert** die Studie. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt kooperativ und einrichtungsübergreifend. Namentlich genannte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Vertreter der beteiligten Kliniken erhalten Zugang zum anonymisierten Gesamtdatensatz. **Publikationen** können nach Abstimmung in einem **institutionsübergreifenden Projektteam** mit wechselnder Erstautorenschaft erfolgen.

Es ist noch einmal hervorzuheben, dass Einrichtungsfremde keinen persönlichen Kontakt zu Untersuchungsteilnehmern haben, keine Akteneinsicht nehmen und keine identifizierbaren Daten erhalten. Am Institut wird ein anonymisierter Datensatz zusammengeführt, der Angaben wie Namen, Geburtsdatum (aber Jahrgang) und Entlassungsanschrift **nicht** erhält. Angaben zur Person werden von den einzelnen Einrichtungen einer Abteilung beim GBA zugeleitet. Das Bundesamt stellt dem Institut zwei Jahre nach Entlassung der Betreffenden in die Freiheit anonymisierte BZR-Auszüge zur Verfügung. Das Institut erstellt die anonymisierte Gesamt-Projektdatei.

Projektarbeitsgruppe

Die Projektarbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Vertretern aller beteiligten Institutionen einschließlich des Instituts für Forensische Psychiatrie sowie dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug. Kooperationspartner sind Professor Dr. Norbert Scherbaum und Herr Dr. Martin Heilmann, Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin sowie Arbeitsgruppe Sucht an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Rheinische Kliniken Essen / Universität Duisburg-Essen.

Während der langen Projektlaufzeit sollten im Zweijahresturnus Expertentreffen stattfinden, bei denen über den Stand der empirischen Erhebung und Zwischenergebnisse berichtet wird und ein Austausch über konzeptuelle Entwicklungen in den Kliniken erfolgt.

Zusammenfassung

Der vorliegende Projektbericht diskutiert Probleme der Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB und stellt methodische Eckdaten einer fundierten langfristigen Evaluationsstudie zur Diskussion.

Zunächst werden Überlegungen zu den verschiedenen Facetten von „Evaluation“ angestellt. Eine wichtige Fragestellung ist in dem Zusammenhang die Vorhersage der Behandlungsaussichten einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt. Eine entsprechende Beurteilung ist ja im Rahmen des Unterbringungsverfahrens erforderlich. Verschiedene frühere Untersuchungen haben auch prognoserelevante Merkmale aufgezeigt, ohne dass das Problem der Feststellung „hinreichend konkreter Behandlungsaussichten“ befriedigend gelöst erscheint. Im Anschluss an eine Zusammenfassung des bisherigen Forschungsstandes werden Ergebnisse der eigenen Untersuchung bei alkoholabhängigen Straftätern dargestellt. Bei der Auswertung haben wir uns nicht mit der Beschreibung signifikanter Unterschiede von Patienten mit günstigem und ungünstigem Behandlungsverlauf begnügt, vielmehr wurden drei klinisch bedeutsame Cluster von Patienten dargestellt, die sich hinsichtlich des kriminologischen Profils und der Erfolgsaussichten einer Behandlung unterscheiden. Eine erste Gruppe von im Durchschnitt geringfügig älteren Patienten mit erheblicher strafrechtlicher Vorbelastung wird im Klinikalltag als relativ umgänglich erlebt. Bei diesen Patienten sollte konsequent versucht werden, das „Herausreifen“ aus Sucht und Dissozialität zu unterstützen. Eine zweite Gruppe ist weit weniger vorbelastet, und wie bei der ersten Gruppe sehen die Klinikverantwortlichen bei diesen Patienten wenig Anhaltspunkte für Persönlichkeitsstörungen. Das Bemühen in einer westfälischen Klinik, gerade bei diesen Patienten früh eine überschaubare zeitliche Perspektive zu entwickeln und mit den Patienten in der Regel auf eine Dauerbeurlaubung innerhalb eines Jahres hinzuarbeiten, erscheint uns angemessen. Ein drittes Cluster umfasst besonders schwierige Patienten mit erheblichen biographischen Belastungen und Anpassungsstörungen in der Vorgeschichte, die auch im Klinikalltag reizbar und anstrengend erlebt werden. Diese Patienten haben unter den gegenwärtigen Bedingungen besonders geringe Chancen, von der Behandlung hinreichend zu profitieren, und sie werden ganz überwiegend nach „Erledigung“ der Unterbringung in die Haft zurückgeschickt. Konsequenzen der Befunde werden zur Diskussion gestellt.

Das nächste Kapitel behandelt Erkenntnisse zu den Erfolgen von Suchtbehandlung unter justitiellem Zwang. Sowohl zum sogenannten „quasi compulsive treatment“ (Therapie statt Strafe gemäß § 35 BtMG) als auch zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug gibt es eine Reihe empirischer Arbeiten. Deren Tenor kann in folgender Weise zusammengefasst werden: Therapie in freien Einrichtungen unter justitiellem Zwang ist ähnlich erfolgreich wie „freiwillige“ Therapie. Die zur Behandlung in der Entziehungsanstalt verfügbaren Untersu-

chungsdaten sind zwar mit der Annahme eines positiven Ertrags grundsätzlich zu vereinbaren. Doch leiden alle Studien – einschließlich der eigenen, deren Ergebnisse dargestellt werden – darunter, dass Verlaufsdaten nur für eine mehr oder weniger selektierte Teilgruppe erhoben wurden. Weiterhin fehlt allen Studien eine adäquate Vergleichs- oder Kontrollgruppe, so dass über die Bewertung bestimmter Befunde trefflich gestritten werden kann.

Im nächsten Abschnitt werden zunächst Betrachtungen zu methodischen Maßstäben der modernen Evaluationsforschung angestellt. Es wird dargelegt, warum der methodische Goldstandard der „randomisierten kontrollierten Studie“ für den Maßregelvollzug nicht realisierbar ist. Es werden dann die methodischen Eckpunkte einer aufwändigen aussagekräftigen Evaluationsstudie skizziert, zu denen insbesondere gehören:

- Erfassung einer ausreichend großen Stichprobe von Patienten (> 300) unter Einbeziehung einer Mehrzahl von Klinikstandorten;
- komplette Erhebung eines Aufnahmejahrganges;
- Erfassung von Patientenmerkmalen und von Behandlungsaktivitäten bzw. Kennzeichen des therapeutischen Vorgehens;
- Rekrutierung einer „gematchten“ Vergleichsgruppe von Strafgefangenen;
- Erstellung anonymisierter Datensätze durch alle beteiligten Institutionen; Zusammenführung der anonymisierten Daten zu einer Gesamtprojektdatei am Institut für Forensische Psychiatrie;
- Personendaten werden von den beteiligten Einrichtungen bei Entlassung der jeweiligen Patienten (und Gefangenen) nur dem Generalbundesanwalt zugeleitet; dieses stellt dem Institut zwei Jahre später anonymisierte Strafregisterauszüge zur Verfügung;

Das Institut für Forensische Psychiatrie übernimmt eine koordinierende Funktion. Einzelveröffentlichungen aus dem Projekt können in wechselnder Konstellation durch Angehörige des Projektteams erfolgen. Das Institut stellt seine statistisch-methodischen Ressourcen zur Verfügung.

Drei Hauptveröffentlichungen behandeln die folgenden Themen:

- Vergleich der Bewährungsquote nach Maßregelvollzug und nach Haftverbüßung.
- Korrelate der Erfolgsquote bei Maßregelbehandlungen (Merkmale erfolgreicherer Behandlungen).
- Prädiktoren des Behandlungsverlaufs.

Darüber hinaus ist eine Reihe weiterer Veröffentlichungen zu spezifischen Fragestellungen denkbar:

- Vergleich der Behandlungs- und Bewährungsverläufe bei Alkohol- und drogenabhängigen Patienten.
- Erfahrungen mit dem Einsatz suchtspezifischer Medikamente im Rahmen des Maßregelvollzugs (Anti-Craving-Substanzen, Substitution, Aversiva).
- Prognostische Bedeutung von Hyperaktivitätsproblemen in der Vorgeschichte und zu Beginn der Behandlung.

Unabhängig vom wissenschaftlichen Ertrag des Projektes könnte die folgende Beobachtung aus der Evaluationsforschung ein zusätzliches Motiv darstellen, die Studie zu realisieren: Wissenschaftlich begleitete und evaluierte Programme sind aller Erfahrung nach effektiver als nicht evaluierte (vgl. Lösel 1998). Ein Projekt unter Beteiligung vieler Kliniken, die darüber in einen intensiveren Austausch treten, könnte der Verständigung über Behandlungsstandards zuträglich sein und den Klinikverantwortlichen bei deren Umsetzung den Rücken stärken. So hätte eine Generation von Patienten möglicherweise einen unmittelbaren Gewinn.

Die Gruppe der Strafgefangenen stellt aus Sicht des Maßregelvollzugs und der Projektinitiatoren zunächst nur eine Referenz- oder Kontrollgruppe dar. Der Strafvollzug könnte jedoch ebenfalls direkt profitieren, wenn auf der Basis der Studienergebnisse deutlicher würde, was in der Behandlung süchtiger Straftäter wirkt. Auch würde der Strafvollzug entlastet, wenn weniger Unterbringungen in der Entziehungsanstalt „erledigt“ werden und wenn die Quote der positiven Behandlungsverläufe steigt, die formal mit der Entlassung zur Bewährung abgeschlossen werden können.

Literatur

- Andresen, B. (2001). Hamburger Persönlichkeits-Inventar (HPI). Das NEOCAR-Basisfaktor-System. Göttingen: Hogrefe.
- Andrews DA, Bonta J (1994) The Psychology of Criminal Conduct. Cincinnati Ohio: Anderson.
- Anglin MD, Hser YI (1990) Legal coercion and drug abuse treatment. In: Inciardi JA (ed.), Handbook on Drug Control in the United States. Westport Conn: Greenwood Press, 151-176.
- Anglin MD, Hser Y (1991) Criminal justice and the drug-abusing offender: Policy issues of coerced treatment. Behavioral Sciences and the Law, 9, 243-267.
- Anglin MD, Prendergast M, Farabee D (1998) The Effectiveness of Coerced Treatment for Drug-Abusing Offenders. Paper presented at the Office of National Drug Control Policy's Conference of Scholars and Policy Makers, Washington, D.C.
- Barratt, ES (1994) Impulsiveness and Aggression. In: Monahan, J. & Steadman, H.J. (eds.) Violence and Mental Disorder. Chicago, London: University of Chicago Press, 61-79.
- Berger J, Scheurer H, Honecker Y, Andritsch F, Six ATI (1999) Straffällige Alkohol- und Drogenabhängige. Fortschr. Neurol Psychiat, 67, 502-508.
- Bernstein DP (2000) Childhood Trauma and Drug Addiction: Assessment, Diagnosis, and Treatment. Alcoholism Treatment Quarterly, 18(3), 19-30.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman 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.
- Blasius J (1991) Alkoholismus und Therapieteilnahme. SUCHT, 37, 215-228.
- Bronisch T, Hiller W, Mombour W & Zaudig M (1995) Internationale Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P). Göttingen, Bern: Testzentrale.
- Cleckley H (1941) The Mask of Sanity: An Attampt to Clarify some Issues about the so called Psychopathic Personality. St. Louis: Mosby.
- Dammann G, Buchheim P, Clarkin KF, Kernberg OF (2001) Einführung in die übertragungsfokussierte manualisierte psychodynamische therapie der Borderline-Störung. In: Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (Hg.) Psychodynamische Therapie der Borderline-Persönlichkeit, Manual zur TFP. Stuttgart: Schattauer, 461-481.
- Davids E, Gastpar M (2003) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Substanzmittelabhängigkeit. Psychiat Prax, 30, 182-186.
- Del Boca FK, Darkes J (2007) Enhancing the validity and utility of randomized clinical trials in addictions treatqment research: I. Treatment Implementation and research design. Addiction, 102(7), 1047-1056.
- Dessecker A (1996) Suchtbehandlung als strafrechtliche Sanktion. Eine empirische Untersuchung zur Anordnung und Vollstreckung der Maßregel nach § 64 StGB. Wiesbaden: KrimZ (Schriftenreihe Kriminologie und Praxis, Bd. 9).
- Dilling H, Mombour W, Schmidt H (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Hans Huber.

- Duggan C, Milton J, Egan V, McCarthy L, Palmer B, Lee A (2003) Theories of General Personality and Mental Disorder. *Brit J Psychiatry*, 182 (suppl. 44), s19-s23.
- Egg R (1990) Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit im längerfristigen Vergleich. *MSchrKrim*, 73, 358-368.
- EISS (2003) QCT Europe Summary Literature Review: The international literature on drugs, crime and treatment. European Institute of Social Services. Download: www.kent.ac.uk/eiss/projects/qct%20europe/.
- Eysenck HJ (1964) *Crime and Personality*. London.
- Fontao MI, Pfäfflin F, Lamott F (2006) Anwendung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie auf die Behandlung von Maßregelvollzugspatienten. Eine Pilotstudie. *R & P*, 24(4), 193-200.
- Franke GH (2000) Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R), Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997) SKID-II. Strukturiertes Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Gericke B, Kallert TW (2007) Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. *Psychiat Prax*, 34, Supplement 2, 218-226.
- Gerl St, Bischof HL (2001) Auswirkungen des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses vom 16.03.1994 auf die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) bei Alkoholabhängigen und Polytoxikomanen. *MschrKrim*, 84(2), 138-153.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A (1999) Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug Alcohol Depend*, 57, 89-98.
- Gossop M, Trakada K, Stewart D, Witton J (2005) Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug Alcohol Depend*, 79(3), 295-302.
- Hare RD, Hart SD, Harpur TJ (1991) Psychopathy and the DSM-IV Criteria for Antisocial Personality Disorder. *J Abnorm Psychol*, 100(3), 391 – 398.
- Hart SD, Cox DN, Hare RD (1995) *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Ontario: Multi-Health Systems.
- Havemann-Reinecke U, Kufner H, Schneider U, Günther A, Schalast N, Vollmer HC (2006) Opioidbezogene Störungen: Postakutbehandlung. In: Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W (Hg) *Evidenzbasierte Suchtmedizin*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 193-239.
- Herpertz SC, Kunert HJ, Schürkens A, Steinmeyer EM, Saß H, Freese R, Flesch M, Müller-Isberner, Osterheider M (2000) Impulskontrolle und Affektregulation bei Persönlichkeitsstörungen. *PPmP*, 50, 435-442.
- Hill J (2003) Early Identification of Individuals at Risk for Antisocial Personality Disorder. *Brit J Psychiatry*, 182 (suppl. 44), s11-s14.
- Hiller ML, Knight K, Leukefeld C, Simpson DD (2002) Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Crim Justice Behav*, 29, 56-75.
- Jehle JM, Heinz W, Sutterer P (2003) *Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine kommentierte Rückfallstatistik*. Berlin: Bundesministerium der Justiz.

- Klag St, O'Callaghan F, Creed P (2005) The Use of Legal Coercion in the Treatment of Substance Abusers: An Overview and Critical Analysis of Thirty Years of Research. *Substance Use & Misuse*, 40, 1777-1795.
- Knight DK, Broome KM, Cross D, Simpson DD (1998) Antisocial Tendency Among Drug-Addicted Adults: Potential Long-Term Effects of Parental Absence, Support, and Conflict During Childhood. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 24 (3), 361-375.
- Koch G (1988) Katamnesen bei suchtkranken Straftätern nach bedingter Entlassung aus dem Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Dissertation, Hannover.
- Kreuzer A (2002) Bedingungen der strafrechtlichen Praxis in stationären Einrichtungen. In: Gaßmann R (Hg.) *Suchtprobleme hinter Mauern*. Freiburg: Lambertus, 35-63.
- Kreuzer A, Roemer-Klees R, Schneider H (1991) *Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger*. Wiesbaden: BKA.
- 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.
- Kurze M (1992) Die Praxis des § 35 BtMG – Ergebnisse der Aktenanalyse. In: Egg R (Hg.) *Die Therapieregungen des Betäubungsmittelrechts – Deutsche und ausländische Erfahrungen*, Wiesbaden: KrimZ, 43-91.
- Kurze M (1995) Zurückstellung oder Unterbringung drogenabhängiger Straftäter. In: Dessecker & Egg (Hg.) *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt*, Wiesbaden: KrimZ, 77-92.
- Leygraf N (1987) Alkoholabhängige Straftäter – Zur Problematik der Unterbringung gemäß § 64 StGB. *Fortschr Neurol Psychiat*, 35, 231-237.
- Lösel F (1998) Evaluation in der Straftäterbehandlung. Was wir wissen und noch erforschen müssen. In: Müller-Isberner R, Cabeza SG (Hg.) *Forensische Psychiatrie – Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose*. Mönchengladbach: Forum Verlag, 29-50.
- Mattejat F, Remschmidt H (1998) *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Göttingen: Hogrefe.
- McMurrin M, Cusens B (2003) Controlling alcohol-related violence: A treatment programme. *Crim Behav Mental Health*, 13, 59-76.
- Metrikat I (2002) *Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB – Eine Maßregel im Wandel?* Frankfurt am Main: Peter Lang – Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Miller DK, Blum K (1996) *Overload: Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the Addictive Brain*. Kansas City: Andrews & McMeel.
- Moos RH (2005) Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100, 595-604.
- Müller J (2006) Motivation oder Aussichtslosigkeit? - Konzept und 1-Jahres-Evaluation einer suchtforschenden Aufnahme-, Diagnostik- und Motivationsstation. *Psychiat Prax*, 32, 205-207
- Novaco RW (1994) Anger as a Risk Factor for Violence among the Mentally Disordered. In: Monahan & Steadman (Hg.) *Violence and Mental Disorder*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 21-59.
- Penners BM (1987) *Zum Begriff der Aussichtslosigkeit einer Entziehungskur nach § 64 Abs. 2 StGB*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Pfaff H (1998) Ergebnisse einer prospektiven Katamnesestudie nach Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB bei Alkoholkranken. *Nervenarzt*, 69, 568-573.
- Pöllähne H, Kemper A (2007) Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). *Bremer Forschungen zur Kriminalpolitik* Bd. 10. Berlin: LIT Verlag.
- Preusker H (2000) Alkoholprobleme im Justizvollzug. In: Igg, Geisler (Hg.) *Alkohol, Strafrecht und Kriminalität*. Wiesbaden: KrimZ, 217-231.
- Preusker H (2002) Suchtprobleme im Justizvollzug. In: Gaßmann R (Hg.) *Suchtprobleme hinter Mauern*. Freiburg: Lambertus, 123-129.
- Radosevich DM (1997) Designing an Outcomes Research Study. In: Kane RL (ed) *Understanding Health Care Outcomes Research*. 2nd ed., Boston: Jones & Bartlett Publishing, 23-58.
- Rasch W (1984) Krank und/oder kriminell? Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe. *Landschaftsverband Westfalen-Lippe* (Hg.), Pressestelle Münster.
- Raschke P, Schliehe F (1985) *Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Rauchfleisch U (1981) Dissozial. Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauchfleisch U (1991) Psychodynamik und Psychotherapie von Alkoholabhängigen mit dissozialen Tendenzen. *SUCHT*, 37, 289-299.
- Rautenberg M (1997) Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellem Verhalten und Drogenmissbrauch. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Bd. 103, Baden-Baden: Nomos.
- Rinklake I, Burgsdorf St (2006) *Konzept Intensivtherapie*. LWL: Westfälische Klinik Schloss Haldem.
- Ross RR, Fabiano E, Ewles CD (1988) Reasoning and Rehabilitation. *Int J Offender Therapy Comp Criminol*, 32, 29-36.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS (1997) Was ist evidenzbasierte Medizin und was nicht? *MMW*, 139(44), 644-645.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schalast N (1994) Unterbringung in der Entziehungsanstalt. Probleme der Behandlung alkoholabhängiger Straftäter. *R & P*, 12(1), 2-10.
- Schalast N (2000) *Therapiemotivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Patientenmerkmale, Rahmenbedingungen, Behandlungsverläufe*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Schalast N (2006) Suchtkranke Rechtsbrecher. In: Kröber, Bölling, Leygraf, Saß (Hg.) *Handbuch der forensischen Psychiatrie*, Bd. 3, 326-349.
- Schalast N (2007) Kommentar zu Ferriter & Huband (2005) Does the non-randomised controlled study have a place in the systematic review? A pilot study. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 1(1), 65-66.
- Schalast N (2007) SK-M, ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. *Psychiat Prax eFirst*, 34, 1-7, DOI 10.1055/s-2007-970960.
- Schalast N, Dessecker A, von der Haar M (2005) Unterbringung in der Entziehungsanstalt – Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf. *R & P*, 23(1), 3-10.

- Schalast N, Mushoff S, Demmerling R (2004) Alkoholabhängige Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB – Projektzwischenbericht. Download von www.forensik-essen.de.
- Schalast N, Mushoff S, Demmerling R (2005) Wie sind Patienten des § 64-Maßregelvollzugs kriminologisch einzuordnen? *Bewährungshilfe*, 52(1), 15-29.
- Schmidt LG, Gastpar M (2006) Entwicklung der Leitlinien. In: Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel (Hg) *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1-9.
- Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD (1992) *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar STA-XI*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schwoon DR, Schröter M (1996) Differentialdiagnostik der Alkoholabhängigkeit – Der Hamburger-Alkoholismus-Katalog (HAK). *Diagnostica*, 42(1) 67-93.
- Slade M, Pribe St (2001) Are randomized controlled trials the only gold that glitters? *Brit J Psychiat*, 179, 286-287.
- Springer DW, McNeece CA, Mayfield Arnold E (2003) *Substance Abuse Treatment for Criminal Offenders*. Washington DC: American Psychological Association.
- Stark MJ (1992) Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review . *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93-116.
- Stevens A (2006) *Alternatives to Imprisonment: Do they work? Findings from the QCT Europe Study*. Download: www.kent.ac.uk/eiss/documents/qcteuropa/Brussels-11May06.ppt
- Stöver H (2002) DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht. *Suchttherapie* 2002; 3: 135–145
- Strupp HH, Horowitz LM, Lambert MJ (1997, Hg) *Measuring Patient Changes – in Mood, Anxiety and Personality Disorders*. Washington D.C.: APA.
- Tschuschke V (2005) Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. *Psychotherapeutenjournal*, 4(2), 106-115.
- Urbaniok F (2004) Validität von Risikokalkulationen bei Straftätern – Kritik an einer methodischen Grundannahme und zukünftige Perspektiven. *Fortschr Neurol Psychiat*, 72, 260-269.
- Vogt I (2000) Gender differences in help seeking behaviour of Heroin Users in Germany. In: Springer A, Uhl A (eds.) *Illicit Drugs. Patterns of Use – Patterns of Response*. Innsbruck: Studienverlag, 261-274.
- von der Haar M (2002) Therapie im Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen. In: Gaßmann R (Hg.) *Suchtprobleme hinter Mauern*. Freiburg: Lambertus, 145-165.
- von der Haar M (2006) *Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB - 2006*. Eigenverlag: Nieders. LKH Wunstorf, Fachabteilung Bad Rehburg.
- Wilms Y (2005) *Drogenabhängigkeit und Kriminalität*. Münster: Lit Verlag.
- Wittmann B (2007) Zur Situation der Versorgung von § 64-Patienten in Nordrhein-Westfalen. *SUCHT*, 53(2), 102-110.
- Zurhost G (2003) Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch basierte Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 2(2), 97-104.