

Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten

Norbert Schalast

**Datenerhebung: Klaus-Hartmut Behr
Projektleitung Erhebungsphase I: Sabine Nowara**

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

Projektbericht:
Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten

Landschaftsverband Rheinland • Rheinische Kliniken Essen
Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen
Postfach 103 043 • 45030 Essen

September 2003

In Erinnerung an unsere Sekretärin

Monika Schmidtke

1957 – 2002

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	7
AUSGANGSSITUATION	9
ZUM STAND DER DISKUSSION ÜBER „NICHT THERAPIERBARE“ PATIENTEN	12
EIGENE UNTERSUCHUNG - PROJEKTPHASE I	15
Zielsetzung	15
Methodik	15
Rücklauf	16
Ergebnisse der ersten Projektphase	17
Quantitativer Umfang der Problematik	17
Einige Merkmale der erhobenen Stichprobe	18
Unterbringungsdelikte:	20
Gründe fehlender Entlassbarkeit	21
UNTERSUCHUNGSPHASE II	23
Zielsetzung und Vorgehen	23
Resonanz auf die Anfrage	24
Vergleich der in den Projektphasen I und II erhobenen Daten	25
Diagnosen und Untergruppen – Gruppe K und Gruppe E	25
Vergleichsdaten aus dem Essener Prognoseprojekt	27
Vergleich von Patienten mit geringer Entlassungsperspektive und entlassenen Patienten	28
Allgemeine und anamnestische Merkmale	28
Forensische Merkmale	31
Psychiatrische Diagnosen.....	34
Persönlichkeitsstörung und Dissozialität als besondere Entlassungerschwernis?	36
Unterbringungsdelikte	36
Vorhersage der Zugehörigkeit zur Gruppe der Entlassenen respektive nicht Entlassbaren - Regressionsanalysen	39
Als Prädiktoren geprüfte Merkmale.....	39
Ergebnisse der drei Regressionsanalysen	40

Klinische Beurteilung der Entwicklung des Patienten	42
Teilnahme der Patienten an Behandlungsaktivitäten.....	45
Gründe einer geringen Entlassungsperspektive.....	45
Nähere Betrachtung einiger Diagnosegruppen unter den „nicht Entlassbaren“ – Voraussetzungen einer Entlassung aus der Unterbringung.....	47
Einschätzung der Rückfallgefahr im Falle einer Entlassung	49
DISKUSSION	51
Überblick über Untersuchungsbefunde.....	51
Ursprüngliche Fragestellung: Anzahl „nicht therapierbarer“ Patienten	53
Was heißt überhaupt „Therapierbarkeit“?	55
Problemgruppe Sexualstraftäter?	57
„Psychopathy“ als Schlüsselkonzept zur Identifizierung nicht therapierbarer Patienten?	59
$V = f \{ P \times U \}$	61
Erfolgreiche Behandlung = gute Möglichkeit der Handhabung verbleibender Risiken.....	62
Der Aspekt der Klinikbedingungen	63
Überlegungen zu Regelungsvorschlägen	66
Primäre Begrenzung der Unterbringung gemäß § 63 StGB?	67
Kopplung der Unterbringung vermindert schuldfähiger Täter an die Aussichten einer Behandlung?	69
Möglichkeit der Beendigung wegen Aussichtslosigkeit?.....	70
Einrichtung von Langzeitbereichen mit geringer Behandlungsintensität	71
Problemgruppe persönlichkeitsgestörte Patienten	75
Normalintelligente Patienten mit Persönlichkeitsstörungen	75
Minderbegabte Patienten	77
ZUSAMMENFASSUNG	80
LITERATUR	84
ANHANG.....	90

Vorwort

Das im Folgenden dargestellte zweistufige Untersuchungsprojekt betrachtete ursprünglich das Problem „nicht therapierbarer“ Patienten des § 63-Maßregelvollzugs. Das Verständnis der Fragestellung änderte sich im Laufe der Untersuchung. Wie im Abschnitt Diskussion dargestellt wird, erlaubt das umfangreiche erhobene Datenmaterial kaum Feststellungen zur therapeutischen Beeinflussbarkeit von Störungen, die in den Maßregelvollzug führen. Differenzierte Aussagen können jedoch erfolgen über Merkmale und Bedingungskonstellationen, die mit einer geringen Entlassungsperspektive aus der Unterbringung einher gehen.

Ein wesentlicher Teil der Auswertung besteht in einem Vergleich der über nicht entlassbare Patienten erhobenen Daten mit Merkmalen von aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten. Ein herzlicher Dank gilt der Arbeitsgruppe Seifert, Bolten & Möller-Mussavi des hiesigen Institutes, die zu diesem Zwecke Rohdaten aus ihrer bundesweiten Prognosestudie zur Verfügung stellte. Dank gilt aber auch den Kliniktherapeutinnen und Therapeuten, die in den beiden Projektphasen mitwirkten und detailliert über ihre Patienten berichteten und Erhebungsbögen bearbeiteten. In der zweiten Projektphase suchte unser Mitarbeiter Klaus-Hartmut Behr die Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken persönlich auf und baute eine wohlgeordnete, auswertungsfreundliche Ergebnisdatei auf.

Es sei schon an dieser Stelle erwähnt, dass viele der erhobenen Merkmale nur mit begrenzter Zuverlässigkeit erfasst wurden. Bei etlichen Parametern spielt subjektives Ermessen eine bedeutende Rolle. Dies gilt zum Beispiel für psychiatrische Diagnosen, insbesondere aber für die Hierarchie oder Reihenfolge von Mehrfachdiagnosen, für die Einschätzung klinischer Entwicklungen und auch für mehrere anamnestisch-biographische Parameter (etwa „gewalttätiges Familienmilieu“, „konfliktvolle Partnerschaften“ usw.). Selbst bei ziemlich objektiven Aspekten (Schulabschluss, Heimaufenthalte ...) muss von Fehlervarianz ausgegangen werden. Insbesondere auch die Zusammenführung zweier mit unterschiedlichem Hintergrund und von verschiedenen Personen erarbeiteten Datenpools ist fehleranfällig. Die einzelnen Angaben zu Ausprägung bzw. Häufigkeit von Merkmalen stellen daher eher Schätzungen dar, als das man sie bis auf die Stelle hinter dem Komma interpretieren sollte. Trotzdem liefern die Daten so prägnante Ergebnisse, dass substantielle Aussagen mit empirischer Absicherung möglich sind.

Abschließend gilt besonderer Dank dem Landschaftsverband Rheinland, der das Forschungsprojekt durch seine finanzielle Förderung ermöglicht hat. Bleibt zu hoffen, dass die Untersuchung zu einer differenzierten Betrachtung des Problems „§ 63-Patienten mit geringer Entlassungsperspektive“ beiträgt.

Ausgangssituation

Die Bedingungen im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB haben in den vergangenen Jahrzehnten verschiedene Veränderungsprozesse durchlaufen. Noch vor dreißig Jahren hatte die „Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus“ in der Praxis weitgehenden Verwehrcharakter. In Stichtagserhebungen betrug die durchschnittliche bisherige Unterbringungszeit (nicht die Gesamtunterbringungsdauer!) über zehn Jahre (Albrecht 1978, Binsack 1973). Die gesamte forensische Anstaltspsychiatrie hatte, um einen Begriff der aktuellen Debatte zu übernehmen, den Charakter einer „Longstay unit“ (vgl. Leygraf 2002). Plastisch sprach Rasch (1984) einmal von „Anlagen, in denen das Leben versickert“.

Nachdem der Bericht der Expertenkommission zur Lage der Psychiatrie in Deutschland (Psychiatrie-Enquête¹) speziell auch die Missstände in der Forensik aufgezeigt hatte, setzten verstärkte Bemühungen ein, unverhältnismäßig lange Unterbringungen zu vermeiden und Patienten zu rehabilitieren. Dabei kam es allerdings in manchen Fällen zu einem „Etikettenschwindel“, indem strafrechtliche in zivilrechtliche Unterbringungen umgewandelt wurden, ohne dass die Lebensbedingungen der Betroffenen sich änderten (Ritzel 1978). Ein wichtiger Einschnitt war noch einmal der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 08.10.1985 (BVerfGE 70, 297), in dem die Gültigkeit des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nicht nur für die Anordnung, sondern auch für die Dauer einer Unterbringung hervorgehoben wurde. Im Leitsatz heißt es: *„Je länger die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus andauert, umso strenger werden die Voraussetzungen für die Verhältnismäßigkeit des Freiheitsentzuges sein.“*

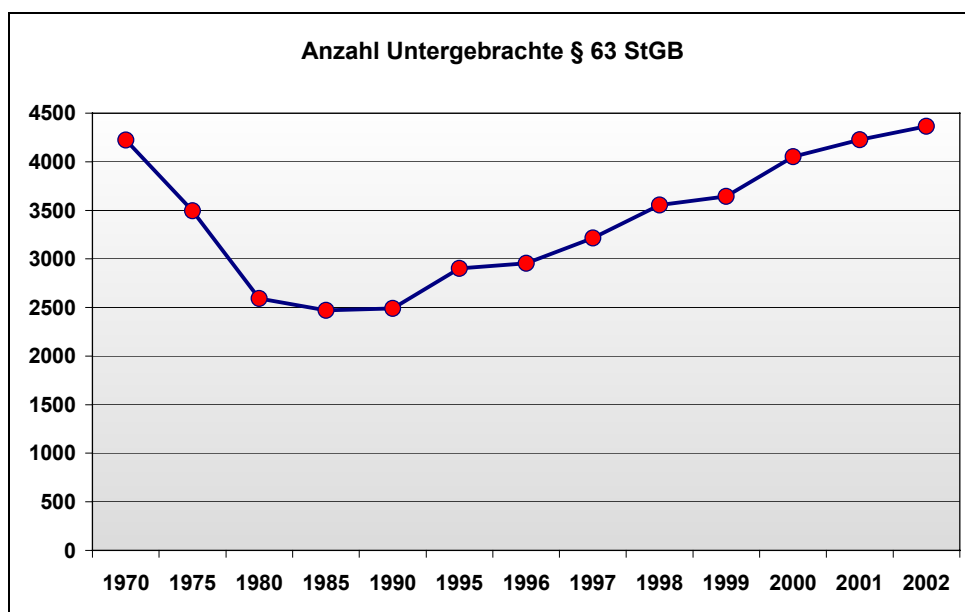


Abb. 1: Anzahl Patienten im MRV gemäß § 63 StGB (Stichtag jeweils 31. März), alte Bundesländer, seit 1996 einschließlich Gesamt-Berlin. Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, Reihe 4.1, Ausgabe 2002.

¹ Bundestagsdrucksache Nr. 7/4200

Wie in Abbildung 1 erkennbar, hatten diese Anstöße einen erheblichen Rückgang der Zahl der untergebrachten Patienten zur Folge. In den Jahren von 1970 bis 1985 ging diese Zahl um etwa 40 Prozent zurück. In den 90er Jahren setzte dann eine Trendumkehr ein, so dass im Jahre 2001 das Niveau der Situation von 1970 wieder erreicht wurde. Abbildung 2 zeigt, dass eine Zunahme der Neuankordnungen von Unterbringungen, besonders deutlich seit 1997, zu dieser Entwicklung beigetragen hat.

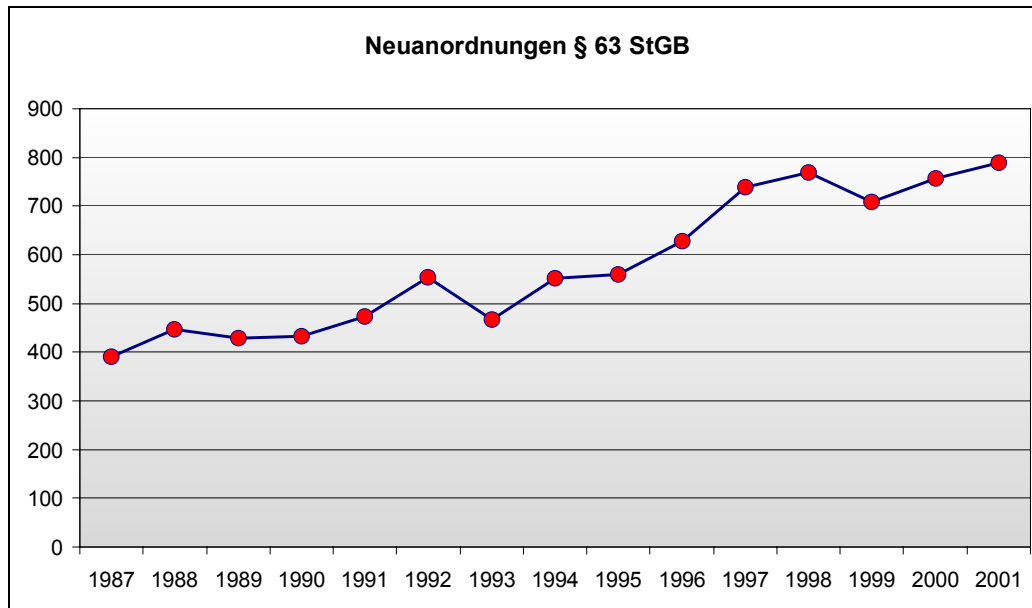


Abb. 2: Neuankordnungen einer Unterbringung gemäß § 63 StGB; alte Bundesländer, seit 1996 einschl. Gesamt-Berlin. Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, Reihe 3, 2002.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung der letzten Jahre scheint die Anwendung des § 63 StGB eher zu begünstigen. So referierte Detter (2000) in einer Übersicht unter anderem folgende Leitsätze aus BGH-Beschlüssen:

- Persönlichkeitsstörungen (im Rahmen von schweren anderen seelischen Abartigkeiten) setzen nicht voraus, dass diese auf einer Krankheit beruhen oder Krankheitswert haben.
- Können einzelne Umstände als solche eine erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit nicht bewirken, ist zu prüfen, ob nicht das Zusammentreffen der Umstände zu einer Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit geführt haben kann.
- Ausnahmsweise können auch nicht pathologisch bedingte Störungen Anlass für eine Unterbringung nach § 63 StGB, erforderlich ist aber, dass sie in ihrem Gewicht den krankhaften seelischen Störungen entsprechen.

In solchen Leitsätzen wird deutlich, dass die Ermessensspielräume gerade bei der Beurteilung von Persönlichkeitsstörungen erheblich sind. Eine weitere Zunahme der Anwendung des § 63 StGB bei ihnen ist denkbar. In Grenzfällen können Landgerichtskammern sich unter

Umständen „auf der sicheren Seite“ wähen, wenn sie die Voraussetzungen der Unterbringung bejahen.

Es spricht weiterhin einiges dafür, dass Änderungen der psychiatrischen Versorgungslandschaft – insbesondere der Abbau geschlossener stationärer Behandlungsplätze – zu einer Erhöhung des Kriminalitätsrisikos bei psychisch Kranken beigetragen haben (vgl. Kramp & Gabrielsen 2003)².

Während also verschiedene Umstände die Anwendung des § 63 StGB begünstigen, ist gleichzeitig festzustellen, dass die Verweildauern von Patienten angewachsen, die Entlassungsquoten somit zurückgegangen sind (Seifert et al. 2001).

Insgesamt resultiert daraus die Zunahme der Gesamtzahl untergebrachter Patienten. Es besteht derzeit ein erheblicher Bedarf an neuen Behandlungsplätzen für psychisch kranke Straftäter. Im Rheinland (Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Rheinland – LVR) gab es Anfang dieses Jahres bei 458 Soll-Plätzen (§ 63 StGB, § 126a StPO) insgesamt 732 stationär Untergebrachte. Von diesen befanden sich 196 in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen, was sicherlich im Einzelfall eine sinnvolle Lösung darstellt, nicht jedoch in dieser Größenordnung (Schalast et al. 2003). Weitere 78 Patienten stellten „Überbelegungen“ auf Forensikstationen dar. 22 Patienten warteten im Strafvollzug auf einen Behandlungsplatz.

Zusätzlich gibt es einen hohen Aufnahmepressure im Bereich des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. Zur Abdeckung des Bedarfs an Behandlungsplätzen plant das Land NRW die Einrichtung und Eröffnung sechs neuer Forensikstandorte in diesem Jahrzehnt.

² Zum gelegentlich geäußerten Vorwurf, schwierige und gewaltbereite Patienten würden von der „Versorgungspsychiatrie“ quasi in den Maßregelvollzug abgeschoben, ist die Befundlage widersprüchlich (Kieser & Fährndrich 2003, Seifert 1994, S. 4). Anzunehmen ist jedoch, dass die modernen gemeindenahen Versorgungsstrukturen, im Vergleich zur früheren Anstaltspsychiatrie, ein geringeres „Haltevermögen“ für bestimmte Problempatienten besitzen. Für diese entsteht ein Risiko, dass sie durch die Maschen fallen, Drogen konsumieren und verwahrlosen und im Zuge dessen straffällig werden. Kramp vertritt in diesem Zusammenhang die Ansicht, dass gerade bei jüngeren männlichen schizophrenen Patienten längere Behandlungsversuche unter geschlossenen Rahmenbedingungen wichtig sein können (Kramp & Gabrielsen 2003).

Zum Stand der Diskussion über „nicht therapierbare“ Patienten

Auf dem Hintergrund der beschriebenen Kapazitätsprobleme hat sich in den letzten Jahren verstärkt das Augenmerk auf Patienten gerichtet, die von der Unterbringung in behandlungsintensiven Abteilungen des MRV nicht in der Weise profitieren, dass eine Entlassung erwogen werden kann. In der Diskussion geht es dabei um zwei mögliche Perspektiven: Zum einen wird die Frage aufgeworfen, ob die Unterbringung gemäß § 63 StGB nicht – ähnlich wie die gemäß § 64 StGB – zeitlich befristet bzw. ihre Fortdauer von den Behandlungsaussichten abhängig gemacht werden sollte (Kröber 2001). Zum zweiten wird darüber nachgedacht, ob für entsprechende Patienten die Einrichtung spezieller Langzeitbereiche mit geringer Behandlungsintensität angemessen wäre.

Im folgenden soll der Stand der publizierten Diskussion auszugsweise wiedergegeben werden. Da die Debatte gerade in jüngerer Zeit verstärkt geführt wurde, sind einige der referierten Beiträge jüngerer Datums und konnten daher bei der Planung des eigenen Projektes nicht mehr berücksichtigt werden. Sie werden jedoch im Kapitel Diskussion berücksichtigt.

Die Anfänge der Debatte sind im Grunde so alt wie das Maßregelrecht selbst. Dieses wurde mit dem „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ vom 24.11.1933 in das StGB eingeführt. Schon im Jahre 1936 wies Trunk darauf hin, dass Täter, die für eine Behandlung ungeeignet seien, die Heilanstalten unnötig belasteten, weshalb bei ihnen eher die Sicherungsverwahrung anzuordnen sei (zit. nach Leygraf 2002).

Die Diskussion beruhigte sich in den folgenden Jahrzehnten. Dies lag jedoch nicht etwa daran, dass sich in den Kliniken eine lebendige Behandlungskultur etabliert hätte. Vielmehr entwickelte die Forensik sich zu einem desolaten Bereich der Anstaltspsychiatrie und verabschiedete sich weitgehend von einem Behandlungsanspruch. In gewisser Weise stellte der gesamte MRV sich als „Longstay-Einrichtung“ dar (Leygraf 1988, 2002).

Dies begann sich Anfang der achtziger Jahre zu ändern. Einen Meilenstein der Entwicklung stelle das Gutachten von Rasch (1984) über die Anstalt in Lippstadt-Eickelborn dar. Rasch (1985a, 1989) vertrat auch immer wieder die Position, dass es eines zwingenden Behandlungsauftrags bedarf, damit für kritische Patientengruppen Behandlungskonzepte entwickelt werden und das „Abschiebespiel“ ein Ende findet. Beträchtliche Investitionen zur Verbesserung der baulichen und personellen Situation in den Einrichtungen förderten eine stärkere Behandlungsorientierung. Bei Stichtagserhebungen wurde ein deutlicher Rückgang der durchschnittlichen Unterbringungszeiten festgestellt (z.B. in NRW von 6,1 Jahren 1984 auf 4,8 Jahre 1994, siehe Seifert & Leygraf 1997).

Nachdem im Jahre 1994 von einem Patienten des Zentrums für Forensische Psychiatrie in Lippstadt ein Kind getötet worden war, beauftragte der Landschaftsverband Westfalen-Lippe eine unabhängige Expertenkommission mit einem Gutachten zur Unterbringung von Sexualstraftätern im MRV. In diesem Gutachten (Schüler-Springorum et al. 1996) wird auch the

matisiert, dass eine kleine Zahl sehr schwieriger, besonders schwer gestörter Patienten, zum Teil mit besonders schwerwiegenden Delikten, therapeutisch kaum erreichbar sei. Die Kommission stellt fest, dass das Etikett „nicht therapierbar“ dem Sachverhalt nicht gerecht werde; die Erfahrung zeige, dass sich im Laufe der Zeit auch bei diesen Personen nicht ganz selten eine therapeutische Erreichbarkeit einstelle. Entsprechende Patienten wiesen häufig eine verfestigte antisoziale Persönlichkeitsstruktur auf. Die Gutachter versuchen nicht, den Anteil entsprechender Patienten zu quantifizieren, gehen aber von einer „sehr kleinen Zahl“ aus.

Während kritische Medien sich in den siebziger Jahren eher als Anwälte von Patienten artikulierten, entwickelte sich in der veränderten Medienlandschaft der neunziger Jahre³ eine neue Diskussion um den Maßregelvollzug mit gänzlich geänderter Zielsetzung (vgl. Wiegand 1999). Aufhänger waren vor allem schwere Rückfalldelikte von Maßregelpatienten. Während solche seltenen Ereignisse in früheren Jahrzehnten nur begrenzte Beachtung gefunden hatten, lieferten sie nun das ideale Material im „mörderischen Kampf um die Quote“ (Gerhard Mauz, vgl. Schalast 1999). Die Verantwortlichen gerieten unter enormen Druck, wenn sie problematische Vorkommnisse zu verantworten hatten. Folge war naturgemäß eine wieder vorsichtiger Gangart im forensischen „Case-Management“.

Auswirkungen auf die Entlassungspraxis hatte sicherlich auch das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26.01.1998“ (vgl. Nedopil 1998). Mit diesem Gesetz wurde unter anderem die rechtliche Voraussetzung einer Entlassung aus dem MRV geändert. Die entsprechende Bestimmung lautete bis dahin: „§ 67d (2) Satz 1: ... so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn verantwortet werden kann, zu erproben, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“ Diese „Erprobensklausel“ wurde durch eine „Erwartensklausel“ ersetzt: „... wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des MRV keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“ Einige Kommentatoren äußerten die Hoffnung, dass die neue Formel nicht zu einer Erschwerung der Entlassung aus der Unterbringung führen werde (Volckart 1998, Leygraf 2000, Blau 2001). Nedopil (2002) sah sich jedoch in seinen Befürchtungen (Nedopil 1998) bestätigt insbesondere in Bezug auf eine Zunahme der durchschnittlichen Verweildauer in den forensischen Abteilungen.

Eine Zunahme der Zahl psychiatrisch untergebrachter Straftäter ist nicht nur für die Bundesrepublik festzustellen. Auch in den Niederlanden findet sich eine entsprechende Entwicklung (vgl. Rütther 1998). Van Emmerik (2001, 2002) hat sich in einem Forschungsprojekt mit „Langzeit-Patienten“ des TBS-Systems befasst. In seiner sorgfältigen Untersuchung wurden zwei Gruppen von Patienten unterschieden: solche, die nach acht Jahren in Kliniken noch untergebracht waren (n = 123) und solche, die binnen sechs Jahren entlassen werden konnten (n = 300). Die folgende Tabelle stellt dar, wie sich die beiden Gruppen hinsichtlich der

³ Stern 37/1996: „Was tun mit Kinderschändern? – Die einen fordern lebenslängliches Wegsperrn, die anderen Kastration – Interview mit Deutschlands renommiertem Gerichtspsychiater.“

Häufigkeit bestimmter Merkmale bzw. Hintergrundparameter unterschieden (nach van Emmerik 2002).

Der Autor fasst zusammen, dass sich in der Langzeit-Gruppe auffallend häufig Sexualstraftäter befinden (43 % vs. 16 %). Weiterhin gibt es Zusammenhänge zwischen Aspekten der kriminellen Karriere (Vorverurteilungen, frühere Unterbringungen) und der Zugehörigkeit zu den Gruppen. Auch die Intelligenz spielt eine deutliche Rolle. Weiterhin haben die klinischen Einschätzungen aus der Beurteilungsphase prognostisches Gewicht. Eine psychotische Störung geht vor allem dann mit einem Langzeit-Aufenthalt einher, wenn es vor der psychiatrischen Unterbringung schon Zwangseinweisungen gab.

Tabelle 1: Merkmale zweier Gruppen des niederländischen Maßregelvollzugs (van Emmerik 2002)

Merkmale	<i>nach 8 Jahren noch untergebracht</i>	<i>Innerhalb von 6 Jahren entlassen</i>
Anlassdelikt Sexualstraftat	43 %	16 %
Anlassdelikt Brandstiftung	7 %	21 %
Unterbringung = Erstverurteilung	26 %	42 %
Schon früher zu einer Unterbringung verurteilt	23 %	10 %
Ungünstige Behandlungsprognose zu Beginn	45 %	6 %
Günstige Behandlungsprognose	14 %	54 %
kein Schulabschluss	44 %	22 %
Psychotische Störung	27 %	17 %
(Pädosexuelle) Paraphilie	19 %	6 %
IQ < 90	52 %	28 %
IQ > 110	13 %	32 %
<i>Gruppengröße</i>	<i>n = 123</i>	<i>n = 300</i>

Eigene Untersuchung - Projektphase I

Zielsetzung

Auf Anregung der Arbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser wurde ein erstes Untersuchungsprojekt („Nicht-therapierbare“ Patienten im Maßregelvollzug nach § 63 StGB) im Jahre 2000 in Angriff genommen. Der Bericht zur ersten Projektphase datiert von April 2001. Im folgenden werden Grundzüge des methodischen Vorgehens und Ergebnisse zusammengefasst.

Im Titel des Berichtes wird die problematische Formel „nicht-therapierbar“ verwendet, allerdings distanzierend in Anführungszeichen gesetzt. In den einleitenden Feststellungen wird die Zielgruppe der Erhebung weiter differenziert:

- (1) prinzipiell behandelbare Patienten, deren Störung aber so tiefgreifend ist, dass sie nicht entlassen werden können;
- (2) „bislang“ offensichtlich nicht zu behandelnde Patienten, „z.B. mit schweren sadistischen Perversionen“;
- (3) fehleingewiesene Patienten, die zwar gestört erscheinen, die für ihre Taten jedoch eigentlich voll verantwortlich waren.

An anderer Stelle wird noch zurückhaltender gesprochen von „Patienten, die beim derzeitigen Stand der therapeutischen Möglichkeiten auf lange Sicht keine Entlassungsperspektive haben“ (S. 5). Als Ziel der Erhebung wird umschrieben, einen bundesweiten Überblick über die Gesamtproblematik zu gewinnen, und zwar im Hinblick auf

- spezifische Merkmale der Patienten,
- den quantitativen Anteil an den Gesamtunterbringungen,
- Gründe für Nicht-Behandelbarkeit.

Methodik

Zur Erfassung der interessierenden Informationen wurde ein entsprechender Erhebungsbogen entwickelt (s. Nowara & Behr 2001). Erfragt werden in diesem zunächst Hintergrundmerkmale (wie Vordelikte und Vorverurteilungen, Diagnose, Anlassdelikt, ggf. Höhe einer parallelen Freiheitsstrafe, Unterbringungsdauer, Häufigkeit problematischer Vorkommnisse). In einigen komplexen Fragebogen-Items werden dann den Bearbeitern der Erhebungsbögen „patientenbezogene Umstände“ als Erklärungen für eine fehlende Entlassungsperspektive vorgeschlagen. Diese Umstände sind mit einer „stimmt – stimmt nicht“-Skalierung versehen (siehe Tabelle 5).

Beispiel (Item 16.1.4): Es liegt zwar eine schuldfähigkeitsrelevante psychische Störung / Erkrankung vor, die auch von ihrer Art bzw. Ausprägung her prinzipiell behandelbar wäre, aber hier nicht behandelbar ist aufgrund von Besonderheiten des Einzelfalls (z.B. wegen Multimorbidität) (stimmt / stimmt nicht).

Gefragt wird auch nach „äußeren Umständen“, welche die therapeutischen Einflussmöglichkeiten begrenzen (z.B. fehlende personelle Ressourcen in der Einrichtung). Die letzten Fragebogen-Items behandeln mögliche Alternativen zur Unterbringung in der Maßregaleinrichtung.

In einem Schreiben wurden die Leiter(innen) aller bundesrepublikanischen Einrichtungen des § 63-Maßregelvollzugs über das Projekt informiert. Sie wurden gebeten, mitzuteilen, wie viele Patienten der oben umschriebenen Zielgruppe sie derzeit in ihrer Einrichtung betreuen. Den Einrichtungen, die auf die Anfrage positiv reagierten, wurde eine entsprechende Zahl von Erhebungsbögen zugesandt.

Rücklauf

Es wurden 60 Einrichtungen des § 63-Maßregelvollzugs⁴ kontaktiert. Insgesamt 23 Einrichtungen beteiligten sich in der Weise, dass sie bearbeitete Erhebungsbögen übersandten. Vier Einrichtungen teilten mit, dass sie wegen Arbeitsüberlastung nicht mitwirken könnten, eine verwies auf eine laufende eigene Studie. 14 Einrichtungen erklärten, dass sie derzeit keine „nicht behandelbaren“ unter ihren Patienten sähen und brachten zum Teil auch Bedenken hinsichtlich Fragestellung und Untersuchungsansatz zum Ausdruck.

Letzteres galt auch für einige Einrichtungen, die Erhebungsbögen übersandten. Zum Teil wurde berichtet, dass man im Kreise der Mitarbeiter/innen lange über in Frage kommende Patienten diskutiert habe (Mitteilung aus einer bayrischen Klinik: „Je nach Einstellung der einzelnen Behandler werden zwischen 0 und etwa 50 Prozent der dortigen Patienten als nicht therapierbar angesehen“). Zurückhaltung gegenüber der Untersuchung kam auch darin zum Ausdruck, dass von vielen Einrichtungen eine sehr kleine Zahl von Fällen angegeben wurde.

Nachstehend wird Tabelle 2 aus dem Zwischenbericht (S. 11) wiedergegeben, allerdings erweitert und ergänzt um Fälle, die für die Zwischenauswertung noch nicht vorlagen. Es wird deutlich, dass die Resonanz auf das Ansinnen der Untersucher regional extrem variierte. Während etwa Berlin oder Niedersachsen sich mit einer sehr kleinen Anzahl von Fällen beteiligt hat, stammt fast die Hälfte der gewonnenen Stichprobe aus einem einzigen Bundesland. Vergleicht man die Beteiligung einzelner Einrichtungen, so findet man als ein Extrem eine große Maßregaleinrichtung, in der man etwa ein Drittel der Patienten als therapeutisch nicht erreichbar bzw. nicht entlassbar ansah. Auf der anderen Seite beträgt der am häufigsten genannte Anteil entsprechender Patienten genau null Prozent.

⁴) Da unser Institut zeitgleich mit einer Überprüfung der Lockerungspraxis im Lande Brandenburg beauftragt war, konnte dieses Bundesland nicht in die Studie einbezogen werden.

Tabelle 2: Aufschlüsselung aller im Rahmen der Projektphase I berichteten Fälle nach Bundesländern. Bei der Analyse und Darstellung der Ergebnisse im Zwischenbericht (Nowara & Behr 2001) konnten noch nicht alle Fälle berücksichtigt werden.

Bundesland	Anzahl	Anteil an Stichprobe (%)
Baden-Württemberg	0	0
Brandenburg (siehe FN 4)	-	-
Bayern	40	17,8
Berlin	8	3,6
Bremen	3	1,3
Hamburg	7	3,1
Hessen	102	45,3
Mecklenburg-Vorpommern	7	3,1
Niedersachsen	8	3,6
NRW	27	12,0
Rheinland-Pfalz	15	6,7
Saarland	0	0
Sachsen	8	3,6
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	0	0
Thüringen	0	0
<i>Summe</i>	<i>225</i>	<i>100</i>

Ergebnisse der ersten Projektphase

Quantitativer Umfang der Problematik

Ein Anliegen der ersten Projektphase bestand darin, sich ein Bild vom bundesweiten Ausmaß der Problematik zu verschaffen. Es sollte festgestellt werden, wie viele der gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten als „nicht therapierbar“ bzw. langfristig nicht entlassbar gelten. Schon die Darstellung in Tabelle 2 macht deutlich, dass dies nicht gelungen ist. Die Bundesländer und fast noch deutlicher einzelne Einrichtungen haben in sehr heterogener Weise auf das Ansinnen der Untersucher reagiert. Wie diese Heterogenität einzuordnen ist und was sie für die generelle Möglichkeit besagt, zu der hier interessierenden Problematik quantifizierende Aussagen zu machen, wird am Ende dieses Berichtes (Seite 53) erörtert.

Einige Merkmale der erhobenen Stichprobe

Diagnosen: In Phase I der Untersuchung wurde eine differenzierte Kategorisierung von Diagnosen (nach ICD) vorgenommen in die Diagnosegruppen

- Hirnorganische Störung
- Substanzabhängigkeit
- Schizophrene Psychose
- Persönlichkeitsstörung (außer dissoziale Störung)
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- Sexuelle Deviation
- Sonstige neurotische oder Persönlichkeitsstörung
- Leichte intellektuelle Minderbegabung
- Mittel- oder hochgradige sexuelle Minderbegabung

Für die Darstellung in der folgenden Tabelle wurden diese Kategorien etwas vereinfacht. Die Kategorien sind hinsichtlich ihrer quantitativen Bedeutung geordnet, und es sind die jeweils wichtigsten Zusatzdiagnosen angegeben.

Eine solche Darstellung von Diagnosen enthält einige Unwägbarkeiten. Zum einen ist gerade die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nicht frei von Willkür, und sogar dann, wenn Urteiler sich an den gleichen Diagnosesystemen orientieren, erreichen sie nur begrenzte Übereinstimmungen (vgl. Fydrich et al. 1996). Erst recht ist es von subjektiven Faktoren abhängig, welche diagnostischen Kategorien bei einer solchen Erhebung an erster, zweiter, dritter oder gar vierter Stelle genannt werden. Es ist also in gewissem Grade zufallsabhängig, ob ein Patient als „Persönlichkeitsstörung mit Nebendiagnose sexuelle Deviation“ oder „Sexuelle Deviation mit Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung“ eingeschätzt wird. Dies zu wissen macht die Darstellung in Tabelle 3 nicht leichter rezipierbar. Bei Patienten mit einer Schizophrenie begnügten die Urteiler sich in über der Hälfte der Fälle mit der Monodiagnose. Patienten mit Minderbegabung, Persönlichkeitsstörung oder sexueller Deviation weisen überwiegend eine Nebendiagnose auf.

Zusammenfassend kann man über die 225 Fälle der ersten Erhebungsphase jedoch sagen:

- Bei insgesamt 56 Patienten (etwa **25 Prozent**) taucht auch die Diagnose **Schizophrenie** auf.
- Bei insgesamt 54 Patienten (**24 Prozent**) taucht auch die Diagnose **Minderbegabung** auf.
- Bei insgesamt 49 Patienten (ca. **22 Prozent**) taucht auch die Diagnose **Dissozialität** auf.
- Bei insgesamt 48 Patienten (ca. **21 Prozent**) taucht auch die Diagnose **Sexuelle Devianz** auf.
- Bei insgesamt 43 Patienten (ca. **19 Prozent**) taucht auch die Diagnose **Hirnorganische Störung** auf.

Tabelle 3: Hauptdiagnosegruppen mit Angabe der wichtigsten Zweitdiagnosen aus Phase I des Untersuchungsprojektes (insgesamt n = 225)

Schizophrene Psychosen	n = 54	24,0 %
ohne Zweitdiagnose	28	
mit Substanzabhängigkeit	16	
mit Persönlichkeitsstörung	14	
Persönlichkeitsstörung (ohne diss. Störung)	n = 54	24,0 %
ohne Zweitdiagnose	15	
mit Substanzabhängigkeit	12	
mit sexueller Deviation	20	
mit Minderbegabung	10	
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	n = 37	16,4 %
ohne Zweitdiagnose	14	
mit Substanzabhängigkeit	7	
mit sexueller Deviation	6	
mit Minderbegabung	7	
Hirnorganische Störung	n = 28	12,4 %
ohne Zweitdiagnose	11	
Substanzabhängigkeit	8	
Persönlichkeitsstörung	5	
Minderbegabung	6	
Sexuelle Deviation	n = 24	10,7 %
ohne Zweitdiagnose	2	
Substanzabhängigkeit	4	
Persönlichkeitsstörung	10	
Minderbegabung	9	
Primäre Minderbegabung	n = 16	7,1 %
Primäre Substanzabhängigkeit	n = 8	3,6 %
Keine Diagnose	n = 4	1,3 %
Summe	n = 225	100,0 %

Damit wird deutlich, dass es keine diagnostische Kategorie gibt, die in der Gruppe der „nicht behandelbaren“ bzw. „nicht entlassbaren“ Patienten deutlich dominiert. Schizophrene Patienten sind geringer vertreten als in der Grundgesamtheit der gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten. Es sind aber offensichtlich nicht *die* Dissozialen oder *die* sexuell Devianten, welche im heutigen Maßregelvollzug eine geringe Entlassungsperspektive haben.

Über diese allgemeinen Feststellungen hinaus haben wir versucht, die Diagnosenverteilung mit den Ergebnissen anderer Studien zu vergleichen. Wegen der unterschiedlich angelegten Erhebungsverfahren ist ein solcher Vergleich nicht ganz einfach. Die nachstehende Tabelle 4 gibt das Ergebnis wieder.

Auch hier zeigt sich, dass schizophrene Patienten in der Gruppe der Patienten mit geringer Entlassungsperspektive eher unterrepräsentiert sind, Persönlichkeitsgestörte ohne Minderbegabung sind überrepräsentiert. Auch eine hirnorganische Störung scheint die Zugehörigkeit zur Problemgruppe zu begünstigen.

Tabelle 4: Diagnosenverteilungen in verschiedenen Studien

<i>Diagnose</i>	<i>Leygraf 1988</i>	<i>Seifert 1994</i>	<i>Leipziger⁵ 2002</i>	<i>Projektphase I Nowara & Behr</i>
Schizophrenie	32,8 %	33,7 %	29 %	24,0 %
Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung	17,8 %	29,1 %	39 %	39,6 %
Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung	30,5 %	22,3 %		11,6 %
Primäre Minderbegabung	6,9 %	7,7 %	17 %	7,1 %
Hirnorganische Störung	8,5 %	5,0 %		12,4 %
sonstige	3,5 %	2,2 %	15 %	5,3 %
<i>Stichprobenumfang</i>	<i>1.973</i>	<i>597</i>	<i>917</i>	<i>225</i>

Unterbringungsdelikte:

Das folgende Tortendiagramm (Abb. 3) stellt zunächst die Verteilung der Hauptunterbringungsdelikte der Patienten (Projektphase I, n = 225) dar.

Es wird deutlich, dass auch die Unterbringungsdelikte über das ganze Spektrum möglicher Anlassdelikte streuen. „Eigentumsdelikte ohne Gewalt“ finden sich als Unterbringungsanlass naturgemäß selten (9 Fälle, 4,0 %). Für die Ergebnisse der Projektphase II erfolgen eingehendere Betrachtungen der Deliktstruktur der nicht entlassbaren Patienten.

Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abb. 3: Verteilung der Hauptunterbringungsdelikte bei den Fällen der Projektphase I (n = 225)

Gründe fehlender Entlassbarkeit

Der Erhebungsbogen enthielt komplex formulierte Items zu möglichen Gründen fehlender Entlassbarkeit. In Tabelle 5 werden die Items aufgelistet und die Häufigkeiten der Einschätzungen dargestellt.

Die Rückmeldungen der Therapeuten vermitteln folgende Tendenzen: Man sieht bei den meisten Patienten, über die man sich geäußert hat, durchaus eine psychische Krankheit oder Störung. Bei relativ vielen dieser Störungen geht man von grundsätzlichen Problemen einer therapeutischen Einflussnahme aus (und nicht nur von Schwierigkeiten aufgrund der spezifischen Problemkonstellation des Einzelfalls). Bei über einem Drittel der Fälle wird auch eine mangelhafte „Behandlungsmotivation“ beklagt (wobei der pauschale Charakter der Frage nicht mehr dem Stand der Diskussion um das Konstrukt Motivation entspricht, vgl. Dahle

⁵ Dr. K. Leipziger, Leiter der forensischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses Bayreuth, organisiert eine jährliche Stichtagserhebung zum § 63-Maßregelvollzug in der Bundesrepublik. Für die Überlassung einiger aktueller Ergebnisse gilt unser herzlicher Dank!

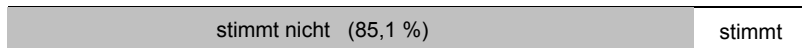
1995). Rückblickend wird behauptet, bei gut der Hälfte der Patienten seien die speziellen problematischen Umstände zum Zeitpunkt der Verurteilung nicht vorhersehbar gewesen.

Die Ursachen geringer therapeutischer Einflussmöglichkeiten werden kaum in mangelhaften Ressourcen innerhalb der Einrichtungen gesehen. Am ehesten sieht man noch gewisse konzeptionelle Mängel. Die Einschätzung von Freese (2003 b), dem das fachliche Niveau der „Kriminaltherapie“ (außerhalb Hessens) ausgesprochen niedrig erscheint, spiegelt sich in dieser Rückmeldung der Kliniktherapeutinnen und –therapeuten nicht wider. Es ist zu betonen, dass letztere auf diese Weise nicht Zufriedenheit mit den Ressourcen ihrer Einrichtungen bekundet haben. Vielmehr erscheinen ihnen im Hinblick auf die konkreten dokumentierten Fälle patientenbezogene Umstände maßgeblich (siehe auch S. 64).

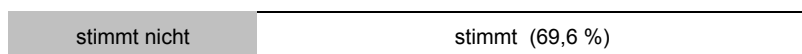
Tabelle 5: Angaben zu den in Untersuchungsphase I erfragten Ursachen einer fehlenden Entlassungsperspektive

Patientenbezogene Umstände:

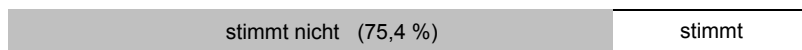
- Es liegt keine schuldfähigkeitsrelevante psychische Störung / Erkrankung vor (z.B. Fehleinweisung eines rein dissozialen Straftäters):



- Es liegt zwar eine schuldfähigkeitsrelevante psychische Störung / Erkrankung vor, die aber von ihrer Art bzw. Ausprägung her nicht hinreichend behandelbar ist (z.B. schwere intellektuelle Behinderung, schwere hirnorganische Schädigung, schwere fixierte Perversion):



- Es liegt zwar eine schuldfähigkeitsrelevante psychische Störung / Erkrankung vor, die auch von ihrer Art bzw. Ausprägung her prinzipiell behandelbar wäre, aber hier nicht behandelbar ist aufgrund Besonderheiten des Einzelfalles (z.B. wegen Multimorbidität):



- Es liegt zwar eine schuldfähigkeitsrelevante psychische Störung / Erkrankung vor, die auch von ihrer Art bzw. Ausprägung her prinzipiell behandelbar wäre, aber hier nicht behandelbar ist aufgrund mangelnder Behandlungsmotivation des Patienten:



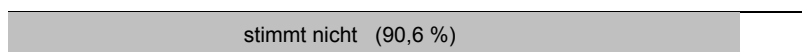
- Waren diese patientenbezogenen Umstände schon bei Verhängung der Maßregel erkennbar?



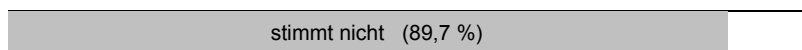
Äußere Umstände:

Die Einrichtung verfügt nicht über die für eine erfolgreiche Therapie erforderlichen Ressourcen:

- baulicher Art:



- personeller Art:



- konzeptueller Art:



Untersuchungsphase II

Zielsetzung und Vorgehen

Schon bei der Planung der Erhebung war ein zweiter Untersuchungsschritt vorgesehen. Dabei sollte nicht erneut der Versuch einer „Gesamterhebung“ gemacht werden. Vielmehr ging es darum, anhand einer Stichprobe von 100 bis 120 Patienten die entsprechende Klientel *differenzierter zu beschreiben und begründete Hypothesen über Hintergründe der Problematik zu gewinnen.*

Im Rahmen der Untersuchungsphase II wurde der Begriff „nicht therapierbar“ nicht weiter verwendet. Nach der Diskussion unseres Vorhabens in den Therapeutenteams zweier Rheinischer Kliniken⁶ präzisierten wir die Zielgruppe der Erhebung in folgender Weise:

- ⇒ Patienten, die sich seit *wenigstens fünf Jahren in der Unterbringung* befinden und bei denen die Klinikverantwortlichen *längerfristig keine Entlassungsperspektive* sehen, weil von den Patienten weiterhin Gefahren ausgehen.

Im Rahmen des zweiten Untersuchungsabschnittes wurden alle Kliniken kontaktiert, die in der ersten Untersuchungsphase in irgend einer Weise mitgewirkt hatten. Wir fragten schriftlich an, ob man Patienten betreut, auf die das oben formulierte Kriterium zutrifft: mindestens fünfjährige Unterbringung und geringe Entlassungsperspektive aufgrund fortbestehender Gefährlichkeit.

Wie schon betont sollte nicht erneut der Versuch gemacht werden, alle entsprechenden Fälle in der Bundesrepublik zu erfassen. Es sollte aber auch vermieden werden, dass einzelne Kliniken und Regionen – je nach ihrer Einstellung zur Fragestellung und ihren Mitarbeiterkapazitäten – in ganz unterschiedlichem Umfang in die Stichprobe eingehen. Um die Schwelle zur Mitwirkung zu senken und qualitativ eine breit gestreute Stichprobe zu erheben, baten wir darum, dass Kliniktherapeuten/innen *über je einen entsprechenden Patienten* berichten. Das heißt: in einer forensischen Abteilung mit fünf Mitarbeiter/innen in der Funktion von Bezugstherapeuten wurden maximal fünf Patienten berücksichtigt.

- ⇒ Mit diesen Kriterien der Stichprobenerhebung wurde nahegelegt, dass die Kliniken über diejenigen Patienten berichten, an denen ihrer Einschätzung nach die Problematik besonders deutlich aufgezeigt werden kann: *mehrjährige therapeutische Bemühungen und fortbestehende Gefährlichkeit.*

Ein *neuer Erhebungsbogen* war folgendermaßen aufgebaut (siehe Anhang):

Zunächst werden einige Hintergrunddaten erfragt (Alter, schulische/berufliche Qualifikation, psychiatrische und forensische Vorgeschichte, Unterbringungsdelikt, Exkulpation, ggf. Strafmaß usw.)

⁶) Wir danken den Behandlungsteams in den Kliniken Viersen und Langenfeld für ihre kritischen Rückmeldungen.

Dann werden Daten zu Behandlungssituation und Behandlungsverlauf erhoben (Diagnose, Länge des Aufenthaltes, Stations- und Therapeutenwechsel, Vorkommnisse).

Die Bearbeiter der Erhebungsbögen werden gebeten, die klinische Entwicklung der Patienten zu beurteilen. Die entsprechenden Fragebogenfeststellungen wurden aus der bundesweiten Prognoseuntersuchung von Dieter Seifert und Mitarbeiterinnen übernommen (Seifert et al. 2001, S. 247 f), natürlich in der Erwartung, dass Patienten, die entlassen werden und solche, die langfristig nicht entlassen werden können, sich deutlich unterscheiden

Schließlich enthält der Fragebogen eine Auflistung möglicher ursächlicher Hintergründe einer fehlenden Entlassungsperspektive. Ein Entwurf dieser Auflistung wurde mit den erwähnten Therapeutenteams diskutiert und aufgrund der erhaltenen Anregungen überarbeitet und ergänzt. Die verwendete Liste führt 26 Aspekte auf, deren Bedeutung für den einzelnen Patienten auf Ratingskalen anzugeben war (unwichtig / etwas wichtig / ziemlich wichtig / sehr wichtig). Die Auflistung möglicher ursächlicher Aspekte im Fragebogen ist umfangreich und beschränkt sich nicht auf Patientenmerkmale, sondern berücksichtigt auch Aspekte der Unterbringungssituation.

Der Bogen endet mit vier offen formulierten Fragen zur Situation und Perspektive des Patienten.

Unser Mitarbeiter Dipl.-Psych. Klaus-Hartmut Behr kontaktierte Kliniken, suchte dann die an der Mitarbeit interessierten Therapeutinnen und Therapeuten auf und erhob die entsprechenden Daten in etwa einstündigen Gesprächen. Eine Kontaktaufnahme mit Patienten oder eine Einsicht in Krankenunterlagen war nicht vorgesehen. Die Erfassung der Daten erfolgte anonymisiert und ohne personenbezogene Angaben. Die Landesbeauftragte für den Datenschutz NRW hatte dem Vorgehen Unbedenklichkeit bescheinigt und die Datenschutzbehörden der anderen Bundesländer über unser Projekt informiert.

Resonanz auf die Anfrage

Aufgrund unserer Präzisierung von Fragestellung und Zielgruppe, des anonymisierten Erhebungsverfahrens und der geringen Belastung des einzelnen Mitarbeiters bzw. der einzelnen Einrichtung hatte unsere erneute Anfrage eine durchweg positive Resonanz. Die Bereitschaft zur Mitwirkung war ausgesprochen hoch. Da unsere Vorgabe „nur ein Fall je Mitarbeiter/-in“ weder von den Adressaten der Anfrage noch von uns ganz konsequent umgesetzt wurde, haben einige Therapeuten/-innen über mehr als einen Patienten berichtet, doch streut die erfasste Stichprobe weit, und es gibt keine Einrichtung, die in der Stichprobe deutlich überrepräsentiert ist. Insgesamt haben 104 Mitarbeiter/-innen Daten von 134 Patienten zur Verfügung gestellt.

Vergleich der in den Projektphasen I und II erhobenen Daten

Vor einer eingehenden Analyse der in der Phase II erhobenen Daten soll kurz dargestellt werden, ob die beiden Gruppen sich hinsichtlich einiger grundlegender Merkmale erheblich unterscheiden. Das Ergebnis ist in der folgenden Tabelle dargestellt (Tab. 6).

Es wird deutlich, dass die Gruppen sich sehr ähneln. Der Altersdurchschnitt ist fast identisch, ebenso der Anteil der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. In Phase II liegt der Anteil der gemäß Unterbringungsurteil schuldunfähigen Patienten geringfügig höher. Etwas höher ist auch der Anteil der erstverurteilten Patienten. Der Anteil von Patienten ohne Hafterfahrung ist identisch.

Tabelle 6: Merkmale der Stichproben in Phase I und II der Untersuchung

	Stichprobe I n = 225	Stichprobe II n = 134
Altersdurchschnitt (Median)	44,4 Jahre (42 J.)	43,4 Jahre (42 J.)
Diagnose Schizophrenie	24 %	25,4 %
Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB)	47,3 %	50,7 %
Erstabgeurteilte (keine Vorverurteilungen)	25,8 %	32,1 %
Hafterfahrung: keine Mittelw. bei Patienten mit Hafterfahrung	55,6 % 76,7 Monate	54,9 % 51,0 Monate
Entweichungen / Ausbrüche: keine Mittelw. bei den Entwichenen	74,6 % 2,7	65 % 4,8

In der zweiten Gruppe ist der Anteil der Patienten ohne Entweichung oder Ausbruch im Unterbringungsverlauf etwas kleiner. Dies kann an einer im Durchschnitt längeren Aufenthaltsdauer liegen (Vorgabe: mindestens fünf Jahre untergebracht).

Diagnosen und Untergruppen – Gruppe K und Gruppe E

Wie erwähnt wurden uns Daten von 134 Patienten zur Verfügung gestellt. Die folgende Tabelle stellt die Rohwertverteilung für die Erst- und Zweitdiagnosen in dieser Stichprobe dar. Häufigste Hauptdiagnose ist die „Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung“ mit 28,4 %, gefolgt von der schizophrenen Psychose (25,4 %) und der hirnorganischen Störung (17,2 %). Noch etwas kleiner sind die Gruppen „Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung“ und „Primäre intellektuelle Behinderung“. Affektive Psychosen sowie primäre Suchterkrankungen finden sich selten.

Bei fast der Hälfte des Kollektivs wird keine Zweitdiagnose gestellt. Vor allem bei Patienten mit Schizophrenie und bei Persönlichkeitsstörungen ohne Minderbegabung ist der Anteil der Monodiagnosen hoch (deutlich über 50 %). Dagegen werden bei den hirnorganisch gestörten Patienten und bei den Persönlichkeitsgestörten mit Minderbegabung besonders häufig Zweitdiagnosen gestellt, u.a. Suchtprobleme betreffend. Bei den schizophrenen Patienten ist der Anteil derjenigen mit der Zweitdiagnose Sucht erstaunlich klein (unter 10 %; vielleicht wäre dieser Anteil höher gewesen, wenn wir eine Drittdiagnose erfragt hätten).

Tabelle 7: Kreuztabelle der Erstdiagnosen (links, Zeilen) und der Zweitdiagnosen (oben, Spalten) für alle 134 Fälle der Erhebungsphase II (einfache Häufigkeiten). PS = Persönlichkeitsstörung; Schizophrene Psychosen einschl. paranoider Syndrome

Erstdiagnose	Keine weitere Diagnose	Hirnorganische Störung	Schizophrenie	Affektive Psychose	PS ohne Minderbegabung	PS mit Minderbegabung	Intell. Behinderung	Sucht	Gesamt
PS ohne Minderbegabung	27	2			1		1	7	38 28,4 %
Schizophrene Psychose	20	2		1	3	2	3	3	34 25,4 %
Hirnorganische Störung	4		3			2	5	9	23 17,2 %
PS mit Minderbegabung	7	2	1			1	5	5	21 15,7 %
Intellektuelle Behinderung	5	1	1			7			14 10,4 %
Affektive Psychose	1				1			1	3 2,2 %
Suchterkrankung							1		1 0,7 %
Gesamt	64	7	5	1	5	12	15	25	134 100 %

Die Darstellung in Tabelle 7 ist nicht gerade sehr übersichtlich. Für die weitere Auswertung war zu überlegen, für welche Teilgruppen der Patienten man sinnvollerweise spezifischere Analysen und Vergleiche vornimmt. In der Praxis des Maßregelvollzugs ist eine Differenzierung zwischen Psychisch Kranken i.e.S., Persönlichkeitsgestörten und intellektuell Behinderten üblich und sinnvoll (vgl. Leipziger 2002). Selbst bei dieser groben Klassifizierung ergeben sich im Einzelfall Probleme der Zuordnung, zum Beispiel bei der Gruppe „Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung“. Wir werden auf diese Einteilung zurückkommen, wenn wir die Schlussfolgerungen aus unseren Ergebnissen diskutieren.

Auch aus pragmatischen Gründen erfolgt bei der folgenden Auswertung zunächst nur eine Unterscheidung von zwei Gruppen: wir stellen die im engeren Sinne kranken Patienten (K) den eher Entwicklungs- und Persönlichkeitsgestörten (E) gegenüber. Zur Gruppe K gehören Patienten mit den Erstdiagnosen Schizophrenie, affektive Psychose, hirnorganische Störung und intellektuelle Behinderung (letztere ohne Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung), zur Gruppe E die Patienten mit den Diagnosen Persönlichkeitsstörung, Sucht und intellektuelle Behinderung (mit Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung). Auf diese Weise erhalten wir zwei gleich große Teilgruppen, für die man vernünftige statistische Vergleiche anstellen kann. Auch inhaltlich erscheint die Gruppierung im Hinblick auf wichtige Fragen sinnvoll. Bei den im engeren Sinne kranken Patienten (K) handelt es sich um diejenigen, deren Verbleib im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB kaum zur Diskussion steht. Die Debatte um eine zeitliche Limitierung oder um die Kopplung der Unterbringung an die Behandlungsaussichten betrifft viel mehr die Entwicklungsgestörten (E). Die folgende Tabelle stellt die beiden Gruppen gegenüber.

Tabelle 8: Unterscheidung der Gruppen K und E für die weitere statistische Analyse

	Gruppe K	Gruppe E
	i.e.S. kranke / behinderte Patienten	i.w.S. entwicklungs- und persönlichkeitsgestörte Patienten
Größe	n = 67	n = 67
Diagnosen	· Schizophrene und affektive Psychosen · hirnorganische Störungen · primäre geistige Behinderung	· Persönlichkeitsstörungen · Minderbegabte mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung · sexuelle Deviationen
Eingangsmerkmal für Dekulpation	eher krankhafte seelische Störung bzw. Schwachsinn	eher schwere andere seelische Abartigkeit
Schuldfähigkeit	eher aufgehoben	eher erheblich vermindert

Vergleichsdaten aus dem Essener Prognoseprojekt

Die Darstellung der Häufigkeiten und Verteilungen bestimmter Merkmale in einer untersuchten Gruppe kann für sich durchaus aufschlussreich sein. Die Aussagen werden jedoch substantieller durch den Vergleich mit relevanten Vergleichsgruppen. Bei den Patienten mit geringer Entlassungsperspektive wäre die Grundgesamtheit aller Untergebrachter eine interessante Vergleichsgruppe. Doch wissen wir letztlich wenig darüber, wie es mit der Entlassungsperspektive des „durchschnittlichen“ Forensikpatienten tatsächlich aussieht.

Schlüssige Aussagen verspricht der Vergleich der „nicht Entlassbaren“ mit Patienten, die hinsichtlich ihrer Perspektive das Gegenstück darstellen: Patienten, die aus der Unterbringung tatsächlich entlassen werden. Am hiesigen Institut wurde vor einigen Jahren eine umfangrei

che bundesweite Prognosestudie begonnen, in deren Rahmen Kliniken detaillierte Angaben über Patienten machen, die aus der Unterbringung gemäß § 63 StGB entlassen werden (Seifert et al. 2001, 2002, 2003). Die Arbeitsgruppe hat uns Daten von 322 Patienten zur Verfügung gestellt, auf die wir uns in den statistischen Analysen des nächsten Kapitels beziehen.

Tabelle 9: Untersuchungs- und Vergleichsgruppe - Differenzierung nach *K* und *E* (i.e.S. psychiatrisch krank / i.w.S. entwicklungs- u. persönlichkeitsgestört). In Klammern Anzahl Frauen.

Untersuchungs- und Vergleichsgruppe	Gruppe K	Gruppe E
134 Patienten mit geringer Entlassungsperspektive	n = 67 (4 ♀)	n = 67 (3 ♀)
322 entlassene Patienten (Prognosestudie Seifert et al.)	n = 198 (12 ♀)	n = 124 (7 ♀)

Die Verteilung von *K* und *E* in den beiden Stichproben unterscheidet sich signifikant ($\chi^2 = 5,1$, $df = 1$, $p < 0,05$)

Tabelle 9 gibt einen Überblick über unsere Untersuchungsgruppe und die Vergleichsgruppe von Patienten, die entlassen werden. Schon diese Darstellung lässt vermuten, dass Patienten der Gruppe *K* in den letzten Jahren deutlich günstigere Chancen hatten, aus der Unterbringung entlassen zu werden, als Patienten der Gruppe *E*.

Der Anteil weiblicher Patientinnen ist in allen vier Gruppen ähnlich niedrig (unter 6 %) und entspricht etwa dem Anteil von Frauen in der Grundgesamtheit der gemäß § 63 StGB Unterbrachten.

Vergleich von Patienten mit geringer Entlassungsperspektive und entlassenen Patienten

Allgemeine und anamnestische Merkmale

Die folgende Tabelle listet eine Reihe von aktuellen und anamnestischen Merkmalen der beiden Untersuchungsgruppen auf. Die Merkmale wurden in eine dichotome Form gebracht (Ausnahme: Alter), so dass für die beiden Gruppen jeweils einfache Häufigkeiten in Form von Prozentwerten angegeben werden können.

Beispiele: Die stetige Variable „Alter bei der ersten dissozialen Auffälligkeit“ wurde transformiert in das dichotome Merkmal „Erste dissoziale Auffälligkeit vor dem 18. Lebensjahr (ja / nein)“. Das rangskalierte Merkmal „Schulabschluss“ wurde transformiert in das dichotome Merkmal „Mindestens Hauptschulabschluss (ja / nein)“. Die entsprechenden Häufigkeiten bzw. Prozentwerte werden angegeben für die beiden Gesamtgruppen (Entlassen vs. nicht Entlassbar) und innerhalb der Gesamtgruppen für die Teilgruppen *K* und *E*.

In der Tabelle sind die Merkmale, für die sich signifikante Unterschiede finden, fett gedruckt, ebenso die zugehörigen Prozentwerte.

Tabelle 10: Vergleich der Gruppen „Entlassene“ und „Nicht entlassbare Patienten“ - Allgemeine und anamnestische Merkmale (Merkmale mit signifikanten Ergebnissen sind fettgedruckt)

Merkmal	Entlassene Patienten (n = 322)		Nicht Entlassbare (n = 134)		Statistische Prüfung*
	K (n = 198)	E (n = 124)	K (n = 67)	E (n = 67)	
Alter (Mediane)	39,2		42,0		Z = - 2,5 *
	40,5	37,5	42,0	42,0	K: Z = - 2,6 * E: Z = 0,9 -
Mit beiden Eltern auf- gewachsen (vollstän- dige Primärfamilie)	61,1 %		44,8 %		$\chi^2 = 10,1$ **
	67,2%	51,6 %	49,3 %	40,3 %	K: $\chi^2 = 6,8$ ** E: $\chi^2 = 2,2$ -
Gewalttätiges Familienmilieu	42,2 %		37,4 %		$\chi^2 = 0,70$ -
	33,3 %	54,5 %	25,5 %	48,1 %	K: $\chi^2 = 1,0$ - E: $\chi^2 = 0,6$ -
Gravierende Erzie- hungsprobleme im Elternhaus	41,6 %		73,0 %		$\chi^2 = 33,4$ ***
	31,5 %	55,0 %	63,9 %	81,5 %	K: $\chi^2 = 18,7$ *** E: $\chi^2 = 12,6$ ***
Alter bei erster disso- zialer / delinquenter Auffälligkeit (Mediane)	22,9		18,1		F = 9,6 **
	25,3	19,0	20,6	15,9	F = 18,8 ***
Dissoziale Auffälligkeit vor dem 18. Lj.? (65 unklare Fälle!)	36,5 %		59,2 %		$\chi^2 = 15,5$ ***
	28,2 %	50,0 %	42,6 %	74,5 %	K: $\chi^2 = 3,6$ ** E: $\chi^2 = 8,6$ **
Heimaufenthalt in Kindheit / Jugend	29,4 %		28,1 %		$\chi^2 = 0,07$ -
	20,4 %	43,5 %	19,4 %	36,4 %	K: $\chi^2 = 0,03$ - E: $\chi^2 = 0,92$ -
Mindestens Hauptschulabschluss ggf. durch erfolgreichen Sonderschulbesuch	47,2 %		48,8 %		$\chi^2 = 0,10$ -
	57,1 %	31,5 %	43,1 %	54,7 %	K: $\chi^2 = 3,9$ * E: $\chi^2 = 9,5$ **
Berufsabschluss	40,1 %		34,1 %		$\chi^2 = 1,4$ -
	44,9 %	32,3 %	36,4 %	31,8 %	K: $\chi^2 = 1,5$ - E: $\chi^2 = 0,0$ -
Derzeit feste Partnerschaft	8,1 %		3,0 %		$\chi^2 = 4,0$ *
	8,1 %	8,1 %	3,0 %	3,0 %	K: $\chi^2 = 0,0$ - E: (zu wenige Fälle)
Konflikthafte Partnerschaften	39,7 %		69,2 %		$\chi^2 = 29,5$ ***
	29,3 %	55,5 %	55,9 %	82,8 %	K: $\chi^2 = 13,7$ *** E: $\chi^2 = 12,7$ ***
Behandlung in der AP in der Vorgeschichte	73,5 %		55,2 %		$\chi^2 = 14,6$ ***
	79,7 %	63,7 %	76,1 %	34,3 %	K: $\chi^2 = 0,38$ - E: $\chi^2 = 15,1$ ***
Feste Arbeitsstelle vor der Festnahme	15,9 %		26,2 %		$\chi^2 = 6,3$ *
	12,1 %	22,2 %	12,3 %	41,0 %	K: $\chi^2 = 0,0$ - E: $\chi^2 = 7,3$ **

Die Merkmale sind überwiegend dichotomisiert und die statistischen Prüfungen erfolgen mit χ^2 -Tests für Vierfeldertafeln. Verglichen wird die Häufigkeit der Merkmalsausprägung bei entlassenen vs. nicht entlassbaren Patienten. Die gleiche Prüfung erfolgt im nächsten Schritt für die Teilgruppen K und E.

Statistische Signifikanzen: *** ($p < 0,001$), ** ($p < 0,01$), * ($p < 0,05$), 0 ($p < 0,10$), - (nicht signifikant)

Bisweilen erreichen Gruppenunterschiede ähnlicher Größenordnung, für die sich bei den Entlassenen Signifikanz ergibt, bei den nicht Entlassbaren keine Signifikanz. Dies liegt an deren geringerer Stichprobengröße.

Im folgenden werden die in Tabelle 10 dargestellten Merkmalsunterschiede kurz erläutert.

Alter: Entlassene sind im Mittel etwas jünger als die hier erfassten „nicht Entlassbaren“ (Altersdurchschnitt der Entlassenen 39,2 Jahre vs. 42,0 Jahre). Man bedenke in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Kliniktherapeuten aufgefordert wurden, über schon länger untergebrachte nicht entlassbare Patienten zu berichten (min. fünf Jahre).

Vollständigkeit der Primärfamilie: In der Gruppe der Nicht Entlassbaren ist der Anteil derjenigen, die durchgängig mit beiden Elternteilen aufgewachsen sind, signifikant geringer als bei den Entlassenen. Eine entsprechende Differenz findet sich für die psychisch kranken / behinderten Patienten (K) ebenso wie für die im weiteren Sinne Entwicklungsgestörten (E), wobei nur bei ersteren statistische Signifikanz erreicht wird. Die Formulierung des Items haben wir aus einem Prognoseinstrument übernommen (VRAG, Webster et al. 1994). Eine zumindest äußerlich stabile Elternbeziehung wird also hier als protektiver Faktor bestätigt, er verbessert die Chancen einer Entlassung aus der Unterbringung.

Gewalttätiges Familienmilieu: Die angegebenen Häufigkeiten entsprechen keineswegs der naheliegenden Erwartung. Es finden sich sogar Gruppenunterschiede in entgegengesetzter Richtung: für die Entlassenen wird häufiger über familiäre Gewalterfahrungen berichtet. Dies ist unplausibel, und es muss in diesem Zusammenhang an die Unsicherheiten des Erhebungsverfahrens erinnert werden (siehe Vorwort).

Gravierenden Erziehungsprobleme im Elternhaus: Trotz der etwas schwammigen Definition ergeben sich hoch signifikante Differenzen in der erwarteten Richtung: sowohl für K als auch für E finden sich bei den nicht Entlassbaren deutlich häufiger Hinweise auf Erziehungsprobleme und elterliches Erziehungsversagen. Ebenfalls der Erwartung entspricht, dass dieser Belastungsfaktor für die entwicklungsgestörten Patienten besonders oft bestätigt wird.

Alter bei der ersten dissozial-delinquenten Auffälligkeit: Entlassene Patienten waren im Durchschnitt deutlich später auffällig als nicht Entlassbare. Eine besonders frühe Auffälligkeit wird für nicht entlassbare Patienten der Gruppe E angegeben.

Dissoziale Auffälligkeit vor dem 18. Lebensjahr: Auch für das dichotomisierte Merkmal finden sich erwartungsgemäße Unterschiede. Nicht entlassbare E-Patienten waren zu drei Vierteln früh auffällig, die anderen Gruppen seltener, insbesondere die entlassenen Patienten der Gruppe K (28,2 %).

Heimaufenthalte in Kindheit und Jugend: Werden für nicht entlassbare Patienten nicht häufiger angegeben als für Entlassene. Erwartungsgemäß sind aber K-Patienten insgesamt seltener betroffen als E-Patienten.

Mindestens Hauptschulabschluss erreicht: Dieses Merkmal hat für die beiden Patientengruppen offensichtlich eine entgegengerichtete Bedeutung. Bei Patienten der Gruppe K wird schulische Qualifikation durchaus als „Ressource“ bestätigt, ein Schulabschluss scheint die Entlassungsaussichten zu verbessern. Bei Patienten der Gruppe E jedoch verfügen nicht entlassbare deutlich häufiger über einen Hauptschulabschluss als entlassene Patienten. Dies

könnte bedeuten, dass unter den Persönlichkeitsgestörten die intellektuell schwächeren bessere Entlassungschancen haben als die normal intelligenten.

Berufsabschluss: Unter den Entlassenen hat ein etwas größerer Anteil einen Berufsabschluss, doch erreichen die Unterschiede keine statistische Signifikanz.

Festes Arbeitsverhältnis vor der Festnahme: Die Daten weisen dieses Merkmal nicht als Vorteil im Hinblick auf die Entlassungsperspektive aus. Am häufigsten standen die nicht entlassbaren E-Patienten⁷ vor der Festnahme in Arbeit und Brot. Bei den psychisch Kranken Tätern (K) war der Grad beruflicher Desintegration vor der Festnahme ausgesprochen hoch.

Konfliktvolle Partnerschaften in der Vorgeschichte: Auch dieses Item des Erhebungsbogen erschien nicht sehr präzise definiert. Doch ist das Merkmal hoch signifikant mit geringen Entlassungsaussichten assoziiert. Bei den Nicht Entlassbaren der Gruppe E findet es sich fast regelhaft.

Feste Partnerschaft: Der Anteil der Patienten mit stabiler Partnerschaft ist gering, unter den nicht Entlassbaren sind Patienten mit fortbestehender Partnerschaft seltene Ausnahmen.

Behandlungen in der Allgemeinpsychiatrie in der Vorgeschichte: Natürlich werden diese für K-Patienten wesentlich häufiger berichtet als für E-Patienten. Bei letzteren scheinen Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie die Entlassungschancen zu verbessern. Das heißt, mit E-Patienten, die vom Persönlichkeitsprofil von „Kranken“ i.e.S. nicht so weit entfernt sind, können Behandler offensichtlich eher Perspektiven entwickeln.

Zusammengefasst ergibt die Analyse dieser anamnestischen Merkmale unter anderem: Patienten mit geringer Entlassungsperspektive sind seltener durchgehend mit beiden Eltern aufgewachsen und haben eher schon in Kindheit und Jugend ausgeprägte Erziehungsprobleme bereitet (bzw. litten unter einem gravierenden Mangel an Erziehungskompetenz ihrer Bezugspersonen). Weiterhin hat sich ihre Problematik oder Störung häufiger als bei den Entlassenen in konfliktvollen Partnerbeziehungen manifestiert, und sie weisen auch aktuell noch seltener als Entlassene eine feste Partnerschaft auf.

Forensische Merkmale

In Tabelle 11 werden die Gruppen der entlassenen und der nicht entlassbaren Patienten hinsichtlich forensischer Merkmale verglichen. Anschließend werden die tabellarisch aufgelisteten Aspekte wiederum kurz erläutert.

⁷ Bei diesen „nicht entlassbaren beruflich integrierten Entwicklungsgestörten“ handelt es sich zu zwei Dritteln um normal intelligente Persönlichkeitsstörungen. Anlassdelikte sind bei ihnen ganz überwiegend Tötungsdelikte und gewalttätige Sexualdelikte.

Tabelle 11: Vergleich der Gruppen „Entlassene“ und „Nicht entlassbare Patienten“ hinsichtlich forensischer Merkmale

Merkmal	Entlassene Patienten (n = 322)		Nicht Entlassbare (n = 134)		Statistische Prüfung*
	K (n = 198)	E (n = 124)	K (n = 67)	E (n = 67)	
Erste Sanktion früh? (bis zum 25. Lebensjahr)	52,3 %		67,2 %		$\chi^2 = 8,5$ **
	43,1 %	66,9 %	52,2 %	82,1 %	K: $\chi^2 = 1,7$ - E: $\chi^2 = 5,0$ *
Ersttäter (erste Aburteilung)	30,4 %		32,1 %		$\chi^2 = 0,12$ -
	34,3 %	24,2 %	44,8 %	19,4 %	K: $\chi^2 = 2,3$ - E: $\chi^2 = 0,6$ -
Mindestens drei frühere Aburteilungen	43,2 %		35,1 %		$\chi^2 = 2,6$ -
	36,9 %	53,2 %	26,9 %	43,3 %	K: $\chi^2 = 2,2$ - E: $\chi^2 = 1,7$ -
Unterbringung gemäß § 63 StGB erstmalig*	79,2 %		71,6 %		$\chi^2 = 3,0$ 0
	84,3 %	71,0 %	76,1 %	67,2 %	K: $\chi^2 = 2,3$ - E: $\chi^2 = 0,3$ -
Schuldfähigkeit aufgehoben (§ 20 StGB)	64,3 %		50,7 %		$\chi^2 = 7,2$ **
	86,4 %	29,0 %	83,6 %	17,9 %	K: $\chi^2 = 0,3$ - E: $\chi^2 = 2,9$ 0
Hafterfahrung generell	34,3 %		45,1 %		$\chi^2 = 4,7$ *
	25,3 %	48,4 %	35,8 %	54,5 %	K: $\chi^2 = 2,8$ 0 E: $\chi^2 = 0,7$ -
Hafterfahrung mindestens ein Jahr	22,3 %		33,8 %		$\chi^2 = 6,5$ *
	17,5 %	29,8 %	20,9 %	47,0 %	K: $\chi^2 = 0,4$ - E: $\chi^2 = 5,5$ *
Anlasstat (auch) Sexualdelikt	16,9 %		53,0 %		$\chi^2 = 60,0$ ***
	8,0 %	31,3 %	34,3 %	71,6 %	K: $\chi^2 = 26,8$ *** E: $\chi^2 = 27,7$ ***
Tötungsdelikt (allgemein)	25,5 %		23,1 %		$\chi^2 = .28$ -
	32,3 %	14,5 %	17,9 %	28,4 %	K: $\chi^2 = 12,7$ *** E: $\chi^2 = 2,1$ -
Tötungsdelikt in Zusammenhang mit Sexualtat	1,9 %		13,4 %		$\chi^2 = 25,4$ ***
	1,5 %	2,4 %	1,5 %	25,4 %	K: zu kleine Fallzahl E: $\chi^2 = 24,4$ ***
Sexualtat mit (auch) kindlichem Opfer (unter 14 Jahren)	10,6 %		29,2 %		$\chi^2 = 24,0$ ***
	3,0 %	22,6 %	24,2 %	34,4 %	K: $\chi^2 = 29,0$ *** E: $\chi^2 = 3,0$ 0
Delikt(e) während der Unterbringung	8,7 %		18,7 %		$\chi^2 = 9,1$ **
	7,6 %	10,6 %	14,9 %	22,4 %	K: $\chi^2 = 3,2$ 0 E: $\chi^2 = 4,8$ *

Die Merkmale sind überwiegend dichotomisiert (z.B. „Tötungsdelikt in Zshg. mit Sexualstraftat versus alle sonstigen Delikte“) und die statistischen Prüfungen erfolgen mit χ^2 -Tests für Vierfeldertafeln. Verglichen wird die Häufigkeit der Merkmalsausprägung bei entlassenen vs. nicht entlassbaren Patienten. Die gleiche Prüfung erfolgt im nächsten Schritt für die Teilgruppen K und E.

Statistische Signifikanzen: *** ($p < 0,001$), ** ($p < 0,01$), * ($p < 0,05$), 0 ($p < 0,10$)

*) umfasst auch die Patienten, bei denen die Unterbringung primär zur Bewährung ausgesetzt und diese Aussetzung zur Bewährung dann erstmalig widerrufen wurde.

Erläuterung der Befunde:

Erste Sanktion „früh“, das heißt vor dem 26. Lebensjahr: Natürlich unterscheiden sich die Gruppen K und E deutlich, für die Entwicklungsgestörten wird weit häufiger eine frühe erste Sanktion angegeben. Bei den nicht Entlassbaren finden sich häufiger „frühe“ erste Sanktionen als bei den Entlassenen.

Ersttäter / erste Aburteilung: Mit der Tatsache, dass ein Patient erstmals abgeurteilt wurde, gehen keine besseren Entlassungsaussichten einher.

Mindestens drei frühere Aburteilungen: Eine höhere Zahl früherer Aburteilungen führt nicht zu global schlechteren Entlassungsaussichten. (Man bedenke, dass es zu vielen Aburteilungen nur bei Patienten kommen kann, die Delikte relativ geringen Schweregrades begehen.)

Erstmalige Unterbringung gemäß § 63 StGB: In beiden Gruppen sind über zwei Drittel der Patienten erstmalig gemäß § 63 StGB untergebracht. Unter den nicht Entlassbaren finden sich nicht überzufällig häufig Patienten mit Vorunterbringungen.

Schuldfähigkeit aufgehoben (§ 20 StGB im Unterbringungsverfahren): Unter den Entlassenen finden sich signifikant häufiger schuldunfähige Patienten. Dies liegt jedoch primär daran, dass in dieser Gruppe der Anteil der Patienten der Gruppe K größer ist als in der Gruppe der nicht Entlassbaren. (K sind wesentlich häufiger schuldunfähig als E, siehe Tabelle 8)

Hafterfahrung: Unter den Entlassenen ist der Anteil der Patienten ohne Hafterfahrung signifikant größer als unter den Nicht Entlassbaren. Auf der Ebene der Patientengruppen verschlechtert vor allem bei Patienten der Gruppe K Hafterfahrung die Entlassungschancen.

Hafterfahrung mindestens ein Jahr: Das Bild ändert sich, wenn man hinsichtlich „substanzieller“ Hafterfahrung differenziert („mindestens ein Jahr“). Natürlich finden sich in der Gruppe E mehr Patienten mit substantieller Hafterfahrung. Innerhalb dieser Gruppe geht längere Haft auch mit einem deutlich höheren Risiko einher, zur Gruppe der nicht Entlassbaren zu gehören.

Anlasstat (auch) Sexualdelikt: Dieses Merkmal differenziert in hohem Maße zwischen Entlassenen und nicht Entlassbaren, eine Sexualstraftat erhöht sehr deutlich das Risiko, zu den nicht Entlassbaren zu gehören.

Tötungsdelikt (allgemein): Ein Tötungsdelikt verschlechtert die Entlassungsaussichten nicht generell. Insbesondere unter den entlassenen Patienten der Gruppe K finden sich Tötungsdelikte recht häufig.

Tötungsdelikt in Zusammenhang mit Sexualdelikt: Ganz anders die Verhältnisse, wenn ein Tötungsdelikt in Zusammenhang mit einer Sexualstraftat begangen wurde. Betroffen sind fast nur Patienten der Gruppe E, und zwar „nicht entlassbare“.

Sexualstraftat mit (auch) kindlichem Opfer: Entsprechende Täter finden sich signifikant häufiger unter den nicht Entlassbaren. Innerhalb der Gruppe K (psychisch krank / behindert) finden sich pädosexuelle Delikte fast nur bei den nicht Entlassbaren.

Delikt(e) während der Unterbringung: Natürlich verschlechtern Straftaten während der Unterbringung die Entlassungschancen. Schwere einschlägige Rückfalldelikte finden sich nur bei den nicht Entlassbaren.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Merkmale der forensischen Vorgeschichte haben mäßige Auswirkungen auf die Zugehörigkeit zur Gruppe der Entlassenen respektive nicht Entlassbaren. Von ganz erheblicher Bedeutung ist der Typus des Unterbringungsdeliktes.

Psychiatrische Diagnosen

Die folgende Tabelle 12 gibt die Verteilung der Erstdiagnosen in der Gruppe der Patienten mit geringer Entlassungsperspektive und der Vergleichsgruppe wieder. Drei Tendenzen sind dabei offensichtlich: erstens macht die Diagnose „Schizophrenie“ die Zugehörigkeit zur Gruppe der entlassenen Patienten wahrscheinlicher; zweitens macht die Diagnose „Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung“ die Zugehörigkeit zur Gruppe der Patienten mit geringer Entlassungsperspektive wahrscheinlicher; drittens geht auch die Erstdiagnose „Hirnorganische Störung“ mit eher ungünstigen Entlassungsaussichten einher. Suchtprobleme verschlechtern die Entlassungsaussichten vor allem bei der Gruppe „Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung“. Bei schizophrenen Patienten hat eine entsprechende „Doppeldiagnose“ diese Auswirkung nicht. (Dabei ist zu bedenken, dass schizophrene Patienten zu einem erheblichen Anteil in betreuende Einrichtungen entlassen werden – Seifert, Schiffer & Leygraf 2003).

Tabelle 12: Erstdiagnosen in der Gruppe nicht entlassbarer Patienten und der Vergleichsgruppe entlassener Patienten

	Entlassene Patienten (n = 322)			Nicht entlassbare Patienten (n = 134)		
Erstdiagnose:	Anzahl Fälle	(%)	davon mit Suchtproblem	Anzahl Fälle	(%)	davon mit Suchtproblem
Schizophrenie	144	44,7	42 29,2	34	25,4	7 20,6
Hirnorganische Störung	34	10,6	15 44,1	23	17,2	11 47,8
PS ohne Minderbegabung	50	15,5	14 28,0	37	27,6	14 37,8
PS mit Minderbegabung	54	16,8	21 38,9	22	16,4	7 31,8
Intellektuelle Behinderung	30	9,3	13 43,3	14	10,4	0
Suchterkrankung	7	2,2	(alle)	1	0,7	(alle)
Affektive Psychose	3	0,9	1 33,0	3	2,2	1 33,3

Vergleich der Erstdiagnosen in der Gruppe der entlassenen Patienten und der Gruppe der Patienten mit geringer Entlassungsperspektive (absolute Häufigkeiten und Prozentwerte). PS = Persönlichkeitsstörung. Ergänzend wird angegeben der Anteil derjenigen Patienten in jeder Kategorie, bei dem in der Vorgeschichte ein Suchtproblem (mindestens erheblicher Missbrauch von Alkohol oder Drogen) festgestellt wurde.

Statistische Prüfung (auf die Einbeziehung der beiden letzten Diagnosen mit sehr geringer Fallzahl wird verzichtet): Die Verteilung der Diagnosen in den beiden Gruppen (Entlassen vs. Nicht entlassbar) unterscheidet sich hoch signifikant ($\chi^2 = 19,7$ df = 4 p < 0,001).

Persönlichkeitsstörung und Dissozialität als besondere Entlassungshindernisse?

Im Rahmen der beiden Erhebungen wurden die spezifischen Typen von Persönlichkeitsstörungen gesondert – das heißt zusätzlich zu den Hauptdiagnosen - kodiert. Die folgende Tabelle beschreibt die Häufigkeiten von Persönlichkeitsstörungen bei Entlassenen und nicht Entlassbaren – ob als Haupt- oder Nebendiagnose. Es ist erkennbar, dass der Anteil der Persönlichkeitsstörungen unter den Entlassenen generell kleiner ist als unter den nicht Entlassbaren. Dies gilt tendenziell auch für die dissoziale Persönlichkeitsstörung. Doch ist die Gruppe der als „dissozial“ diagnostizierten Patienten insgesamt relativ klein. Dissozialität stellt sich nicht als das dominierende Entlassungshindernis dar. Dabei fällt auf, dass sich etliche Urteiler bei ihren Diagnosen scheinbar nicht recht festlegen wollen.

Tabelle 13: Haupt- oder Nebendiagnosen „Persönlichkeitsstörung“ bei Entlassenen und nicht Entlassbaren

Gruppe	Haupt- oder Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung	darunter Dissoziale PS	Emotional instabile PS	Andere spezifische / nicht näher bezeichnete PS	Sonstige (z.B. paranoid, ängstlich-vermeidend)
Entlassene (n = 322)	124 38,5 %	28 8,8 %	32 9,9 %	46 14,3 %	18 5,6 %
Nicht Entlassbare (n = 134)	79 59,0 %	20 14,9 %	19 14,2 %	28 20,9 %	12 9,0 %

Unterbringungsdelikte

Im folgenden werden die Hauptunterbringungsdelikte der interessierenden Gruppen verglichen. Die folgenden drei Grafiken vergleichen dieses Merkmal für die beiden Gesamtgruppen (322 Entlassene und 134 nicht Entlassbare) sowie auch für die Teilgruppen E und K.

Es sind eindeutig Sexualdelikte, welche die Feststellung einer geringen Entlassungsperspektive wahrscheinlicher machen, und zwar ganz besonders Sexualdelikte, die mit manifester Gewaltanwendung einher gehen. Sexualdelikte ohne (manifeste) Gewaltanwendung finden sich bei entlassenen Patienten der Gruppe E durchaus häufig, bei den entlassenen Patienten der Gruppe K dagegen selten. Bei der Gruppe K macht ein Sexualdelikt ohne Gewaltanwendung die Zugehörigkeit zur nicht entlassbaren Gruppe wahrscheinlicher. (Hierbei handelt es sich um Patienten mit den Erstdiagnosen Hirnorganische Störung oder Intellektuelle Behinderung.)

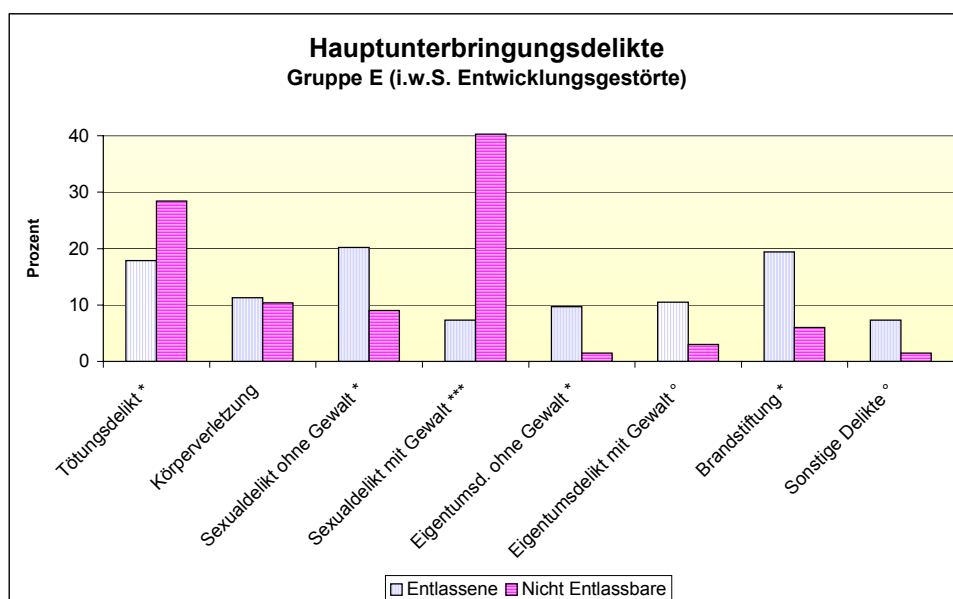
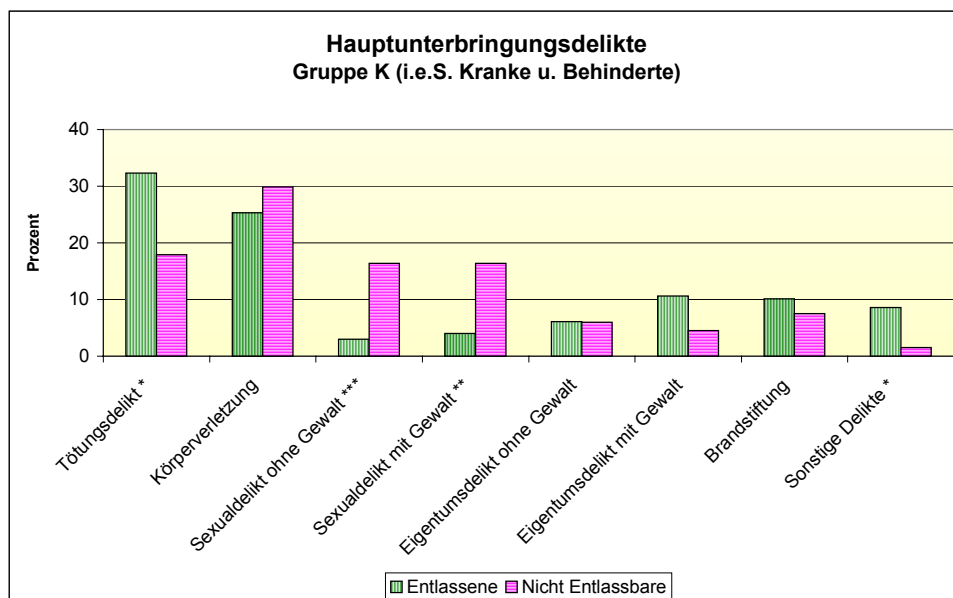
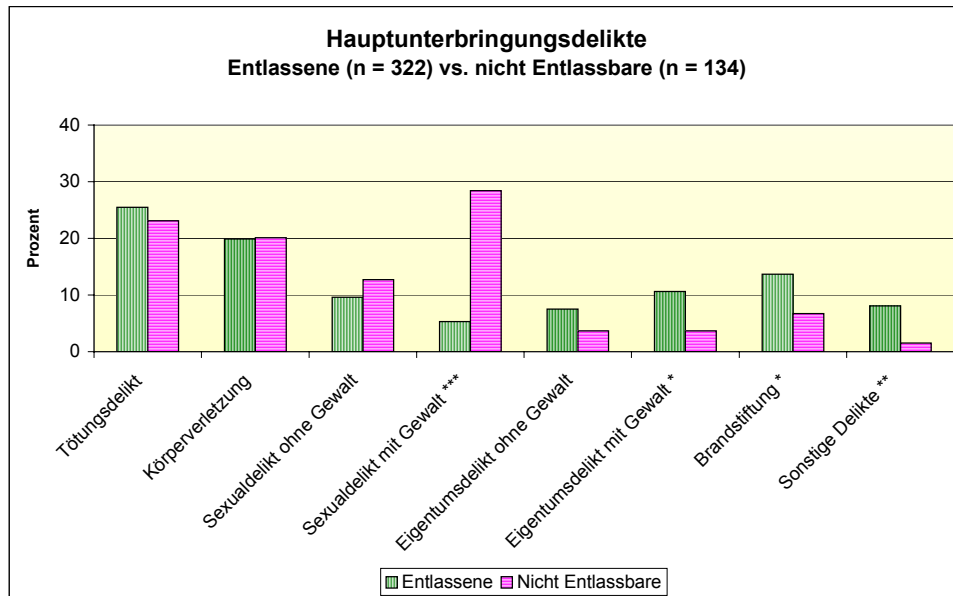


Abbildung 4 a - c: Vergleich der Häufigkeiten von Deliktgruppen bei entlassenen und nicht entlassbaren Patienten – Gesamtstichprobe, Gruppe K und Gruppe E.

Sternchen an den Deliktgruppen (Abszissenbeschriftungen) markieren die Signifikanz der Unterschiede ($^{\circ}$ = 10 %-, * = 5 %-, ** = 1 %-, *** = 0,1 %-Niveau).

Tötungsdelikte finden sich relativ häufig in den Gruppen „E – nicht Entlassbar“ und „K - Entlassen“, mit jeweils über 30 Prozent der Fälle. Dabei gehören diejenigen, die eine Tötung in Zusammenhang mit einem Sexualdelikt begangen haben, fast ausschließlich zu den Nicht Entlassbaren (25,4 % der Gruppe „E - nicht entlassbar“).

Tabelle 14: Enthält in vertrauter Form die prozentualen Häufigkeiten zu den in Abbildung 4 veranschaulichten Verteilungen: Häufigkeiten der Deliktgruppen in den Stichproben entlassener und nicht entlassbarer Patienten.

Merkmal	Entlassene Patienten (n = 322)		Nicht Entlassbare (n = 134)		Statist. Prüfung
	K (n = 198)	E (n = 124)	K (n = 67)	E (n = 67)	Entlassene vs. nicht Entlassbare
Tötungsdelikt	25,5 %		23,1 %		$\chi^2 = 0,28$ -
	32,3 %	14,5 %	17,9 %	28,4 %	K: $\chi^2 = 5,1$ * E: $\chi^2 = 5,3$ *
Körperverletzung	19,9 %		20,1 %		$\chi^2 = 0,004$ -
	25,3 %	11,3 %	29,9 %	10,4 %	K: $\chi^2 = 0,6$ - E: $\chi^2 = 0,0$ -
Sexualdelikt ohne Gewalt	9,6 %		12,7 %		$\chi^2 = 0,94$ -
	3,0 %	20,2 %	16,4 %	9,0 %	K: $\chi^2 = 14,9$ *** E: $\chi^2 = 4,0$ *
Sexualdelikt mit Gewalt	5,3 %		28,4 %		$\chi^2 = 47,5$ ***
	4,0 %	7,3 %	16,4 %	40,3 %	K: $\chi^2 = 11,5$ ** E: $\chi^2 = 31,0$ ***
Eigentumsdelikt ohne Gewalt	7,5 %		3,7 %		$\chi^2 = 2,2$ -
	6,1 %	9,7 %	6,0 %	1,5 %	K: $\chi^2 = 0,0$ - E: $\chi^2 = 4,6$ *
Eigentumsdelikt mit Gewalt	10,6 %		3,7 %		$\chi^2 = 5,6$ *
	10,6 %	10,5 %	4,5 %	3,0 %	K: $\chi^2 = 2,3$ - E: $\chi^2 = 3,4$ 0
Brandstiftung	13,7 %		6,7 %		$\chi^2 = 4,4$ *
	10,1 %	19,4 %	7,5 %	6,0 %	K: $\chi^2 = 0,4$ - E: $\chi^2 = 6,3$ *
sonstige Delikte	8,1 %		1,5 %		$\chi^2 = 7,1$ **
	8,6 %	7,3 %	1,5 %	1,5 %	K: $\chi^2 = 4,0$ * E: $\chi^2 = 2,9$ 0

Statistische Prüfungen wieder mittels Chi-Quadrat, auch innerhalb der Teilgruppen K (i.e.S. kranke/behinderte Patienten) und E (Entwicklungs-/ Persönlichkeitsgestörte).

Statistische Signifikanzen:: *** (p < 0,001), ** (p < 0,01), * (p < 0,05), 0 (p < 0,10)

Gewalttätige Eigentumsdelikte und Brandstiftung wirken sich nicht als besonderes Entlassungshindernis aus. Patienten mit diesen Unterbringungsdelikten sind unter den Entlassenen stärker vertreten als unter den Nicht Entlassbaren. Dies gilt auch für „Sonstige Delikte“: hierbei handelt es sich unter anderem um Straßenverkehrs- und Drogendelikte.

Vorhersage der Zugehörigkeit zur Gruppe der Entlassenen respektive nicht Entlassbaren - Regressionsanalysen

Im vorstehenden Kapitel wurden (univariable) Einzelvergleiche zwischen den Gruppen der entlassenen und der nicht entlassbaren Patienten vorgenommen. Die dabei festgestellten signifikanten Unterschiede hinsichtlich bestimmter Merkmalsverteilungen liefern Hinweise darauf, welche Variablen eine gewisse Vorhersage des Kriteriums „Entlassen vs. nicht Entlassbar“ erlauben. Dies soll im Folgenden mittels multipler Regressionsanalysen überprüft werden. Dieses statistische Verfahren testet und beschreibt den Zusammenhang zwischen mehreren Variablen („Prädiktoren“) und einem Kriterium.

Beispiel: Die Merkmale „Alter“, „Übergewicht“, „Bluthochdruck“, „körperliche Aktivität“ erlauben eine Vorhersage der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Person im Laufe eines Jahres einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden wird. Die Enge des Zusammenhangs zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium (hier: Eintritt des Ereignisses Herzinfarkt) beschreibt der „Multiple Korrelationskoeffizient“. Den Beitrag jedes einzelnen Merkmals zur Vorhersage des Kriteriums kennzeichnet das Beta-Gewicht.

Als Prädiktoren geprüfte Merkmale

Bei den drei Regressionsanalysen – Gesamtgruppe, Gruppe K und Gruppe E – werden diejenigen Variablen berücksichtigt, für die sich im Einzelvergleich zumindest schwach signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen der Entlassenen und nicht Entlassbaren ergeben hatten. Die Regressionsprozeduren wurden mit SPSS für Windows 11.0 gerechnet. Beim verwendeten Verfahren werden schrittweise diejenigen Merkmale in die Regression aufgenommen, die zur Vorhersage des Kriteriums einen Beitrag leisten. Die übrigen Merkmale bleiben ausgeschlossen.

Das Merkmal „gewalttätiges Familienmilieu“ wurde von vorne herein nicht berücksichtigt, weil sich für dieses unplausible Gruppenunterschiede ergeben haben, die Zweifel an seiner Validität begründen (siehe Tabelle 10). Es kann einfach nicht sein, dass Gewalterfahrungen in der Familie zu einer günstigeren Entlassungsprognose führen.

Auch das Merkmal „mindestens drei frühere Aburteilungen“ wird nicht berücksichtigt. Laut Einzelvergleichen haben Personen, auf die dieses Merkmal zutrifft, eine günstigeren Entlassungsprognose. Dies widerspricht allen Erkenntnissen der Prognoseforschung. Allerdings könnte es sein, dass bestimmte Patienten mit mehreren Vorverurteilungen bessere Entlassungschancen haben, weil Patienten mit relativ geringfügigen Delikten aufgrund weniger

schwerwiegender Sanktionen eher eine Chance erhalten, deliktrückfällig zu werden. Patienten, bei denen nach ersten Auffälligkeiten schon die Unterbringung erfolgt, haben schwerere Taten begangen und daher geringere Entlassungsaussichten. In diesem Falle würde sich hinter „mindestens drei Vorverurteilungen“ das Merkmal „leichtere Straftaten“ verbergen.

Auch das Merkmal „feste Arbeitsstelle vor der Festnahme“ wird nicht berücksichtigt. Es stellt sich in der Gesamtgruppe als negativer Prädiktor dar. Dies liegt jedoch daran, dass Schizophrenen vor der Anlasstat überwiegend arbeitslos waren. Da sich in der Entlassenen-Stichprobe deutlich mehr K- als E-Patienten befinden, wird eine feste Arbeitsstelle statistisch zum Entlassungshindernis. Da dies unplausibel ist, wird die Variable nicht berücksichtigt.

Der folgende Kasten listet alle Parameter auf, die in die Analysen einbezogen wurden.

Bei den Regressionsanalysen berücksichtigte Merkmale

- | | |
|--|--|
| • Vollständigkeit der Primärfamilie | • Hafterfahrung generell |
| • Gravierende Erziehungsprobleme | • Hafterfahrung mindestens Jahr |
| • Erste dissoziale Auffälligkeit vor dem 18. Lj. | • Haupt-/Nebendiagnose Pers-Störung |
| • Mindestens Hauptschulabschluss | • Anlasstat (auch) Sexualdelikt |
| • Aktuell feste Partnerschaft | • Tötungsdelikt in Zshg. mit Sexualdelikt |
| • Konflikthafte Partnerschaften | • Sexualdelikt mit (auch) kindlichem Opfer |
| • Früher Behandlung in AP | • Tötungsdelikt (generell) |
| • Erste Sanktion bis zum 26. Lebensjahr | • Delikt während der Unterbringung |
| • Unterbringung § 63 StGB erstmalig | |

Ergebnisse der drei Regressionsanalysen

Für die Gesamtgruppe finden sich laut Tabelle 15 a immerhin fünf signifikante Prädiktoren, also fünf Merkmale, die in gewissem Grade zur Vorhersage beitragen, ob ein Patient zur Gruppe der Entlassenen oder der Nicht Entlassbaren gehört. Von größtem Gewicht ist das Merkmal „Anlasstat (auch) Sexualdelikt“, fast gleichrangig sind gravierende häusliche Erziehungsprobleme. Die drei Merkmale „mindestens Hauptschulabschluss“, „konflikthafte Partnerschaften“ und „Tötung in Zshg. mit Sexualdelikt“ leisten schwächere Beiträge zur Vorhersage der Entlassungsperspektive. Dabei erweist sich der Hauptschulabschluss entsprechend den in Tabelle 10 beschriebenen Gruppenunterschieden als tendenziell negativer Prädiktor.

Für die Gruppe K liefert die Analyse nur zwei signifikante Prädiktoren: Zum einen begünstigen wiederum gravierende Erziehungsschwierigkeiten die Zugehörigkeit zu den nicht Entlassbaren. Es ist so, als wenn Übergangseinrichtungen an Bewerber oder deren Betreuer die Frage richten würden: „Waren Sie (war Ihr Patient) schon immer schwierig oder haben sich gravierende Probleme erst in Zusammenhang mit der Erkrankung / aktuellen Störung ergeben?“ Handelt es sich also um einen im sehr engen Sinne psychisch kranken Menschen (insb.

Schizophrenie), so verbessern sich die Entlassungsaussichten des Betreffenden. Nähert man sich dem Pol „Entwicklungsgestört“, so verschlechtern sie sich. Der zweite Prädiktor erreicht für die Gruppe K einfach deshalb hohe statistische Signifikanz, weil sich unter den entlassenen Patienten dieser Gruppe nur ganz wenige pädophile Täter befinden. Nachsorgeeinrichtungen, die psychisch kranken Straftätern Perspektiven eröffnen, nehmen kaum Patienten auf, die sich „an Kindern vergangen haben“.

Tabelle 15 a: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit „Entlassen“ vs. „Nicht Entlassbar“ – **Gesamtgruppe**

Multiple Korrelation:	R = 0,48	($R^2 = 0,22$)	df = 5	F = 19,2	p < 0,001
Prädiktoren	Beta	T	p <		
Anlasstat (auch) Sexualdelikt	- 0,26	- 4,5	0,001		
Gravierende Erziehungsschwierigkeiten	- 0,25	- 4,9	0,001		
Mindestens Hauptschulabschluss	- 0,12	- 2,3	0,05		
Konflikthafte Partnerschaften	- 0,12	- 2,2	0,05		
Tötung in Zshg. mit Sexualdelikt	- 0,11	- 2,1	0,05		

Tabelle 15 b: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit „Entlassen“ vs. „Nicht Entlassbar“ – **Gruppe K** (i.e.S. krank/behindert)

Multiple Korrelation:	R = 0,43	($R^2 = 0,18$)	df = 2	F = 20,1	p < 0,001
Prädiktoren	Beta	T	p <		
Gravierende Erziehungsschwierigkeiten	- 0,27	- 4,0	0,001		
Anlasstat Sexualdelikt mit (auch) kindlichem Opfer	- 0,31	4,5	0,001		

Tabelle 15 c: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit „Entlassen“ vs. „Nicht Entlassbar“ – **Gruppe E** (i.w.S. entwicklungs-/persönlichkeitsgestört)

Multiple Korrelation:	R = 0,55	($R^2 = 0,31$)	df = 4	F = 15,6	p < 0,001
Prädiktoren	Beta	T	p <		
Gravierende Erziehungsschwierigkeiten	- 0,28	- 3,9	0,001		
Schulabschluss: HSA und höher	- 0,19	- 2,7	0,01		
Anlasstat (auch) Sexualdelikt	- 0,27	- 3,6	0,001		
Tötung in Zshg. mit Sexualdelikt	- 0,23	- 3,0	0,01		

Legende: Die multiple Korrelation R ist die gemeinsame Korrelation der Prädiktoren mit dem Kriterium (Entlassen vs. nicht Entlassbar). df, F und p beziehen sich auf die statistische Prüfung der Multiplen Korrelation (stets hoch signifikant). R^2 schätzt den Anteil der Varianz des Kriteriums, der durch die Prädiktoren erklärt oder vorhergesagt wird. Die (standardisierten) Beta-Gewichte beschreiben den Anteil jedes Prädiktors an der Vorhersage. T und p betreffen die Prüfung der statistischen Signifikanz jedes Prädiktors.

Erziehungsschwierigkeiten sind auch bei den Patienten der *Gruppe E* ein gewichtiger (ungünstiger) Prädiktor. Bemerkenswert ist der zweite anamnestische Faktor, der deutliche Signifikanz erreicht: entwicklungs- oder persönlichkeitsgestörte Patienten mit besserer schulischer Qualifikation (und damit höherer Intelligenz) haben schlechtere Entlassungsaussichten. Wir werden dies im Kapitel Diskussion erörtern. Sexualstraftäter haben generell schlechtere Entlassungschancen, und dies gilt zusätzlich, wenn es im Zusammenhang mit einer Sexualstraftat zu einem Tötungsdelikt gekommen ist.

Klinische Beurteilung der Entwicklung des Patienten

Aus dem von Seifert und Mitarbeiterinnen verwendeten umfangreichen Erhebungsbogen wurde das „Item 79“ mit insgesamt 16 Unterpunkten in unseren Erhebungsbogen aufgenommen und von den beteiligten Bezugstherapeuten bearbeitet. Es geht dabei um die (retrospektive therapeutische) Einschätzung möglicher prognoserelevanter Einstellungs- und Verhaltensänderungen des Patienten im Laufe der Behandlung. Eingeschätzt werden Aspekte wie „Besserung der Grundstimmung des Patienten“, „Abnahme von Misstrauen oder Feindseligkeit“, „Besserung der Durchsetzungsfähigkeit“ und anderes mehr. Die zugeordneten Ratingskalen weisen vier Stufen auf (1 = Verschlechterung / 2 = schwacher oder gar kein Fortschritt / 3 = mäßiger, aber deutlicher Fortschritt / 4 = guter Fortschritt). Als zusätzliche Kategorie kann bei jedem Item „war nie (großes) Problem“ angekreuzt werden. Tabelle 16 listet die 16 Aspekte auf und gibt an, welche Werte im Durchschnitt für Entlassene und nicht Entlassbare vergeben wurden (1 = Verschlechterung, 4 = guter Fortschritt). Aus der Gruppengröße je Merkmal ergibt sich, für wie viele Patienten der Aspekt eingeschätzt wurde (nicht: „war nie großes Problem“).

Die Einheitlichkeit der Ergebnisse für alle klinischen Aspekte ist auffällig. Fast immer erreichen die Entlassenen einen Skalenwert von über 3 („mäßiger, aber deutlicher Fortschritt“) und liegen die nicht Entlassbaren etwa eine Skalenstufe darunter. Entsprechend gleichförmig unterscheiden sich die beiden Gruppen bei jedem Item hoch signifikant ($p < 0,001$). Dies wirft die Frage auf, ob hier wirklich Entwicklungen von Patienten differenziert abgebildet werden. Vielleicht führt die Entlassungsentscheidung einfach dazu, dass Patienten pauschal günstiger beurteilt werden. Schließlich muss die Entscheidung über Entlassung oder Verwahrung auch auf eine solche Weise gerechtfertigt werden.

Der Eindruck, dass eine nur schwach valide klinische Beurteilung erfolgt, verstärkt sich noch, wenn man versucht, die inhaltliche Struktur des Fragebogens statistisch zu analysieren. Eine faktorenanalytische Aufgliederung des Fragebogens ist nicht möglich. Es ergibt sich nur ein Faktor, dessen Pole man umschreiben könnte als „klinisch günstigere vs. wenig günstige Einschätzung“.

Tabelle 16: Vergleich der Mittelwerte der Gruppen Entlassener und nicht Entlassbarer für die 16 Items zur Beurteilung der klinischen Entwicklung: Item 79 a-p des Erhebungsbogens von Seifert et al.

Entwicklungsaspekt	Anzahl eingeschätzter Fälle	Mittelwert Entlassene	MW nicht Entlassbare	Prüfgröße T-Test	Signifikanz
Kann der Patient den Konsum von Rauschmitteln besser kontrollieren?	E: 188 K: 82	3,5	2,5	9,5	P < 0,001
Hat sich die psychische Grundstörung des Patienten verbessert?	E: 313 K: 133	3,2	2,1	18,3	P < 0,001
Hat sich die Grundstimmung des Patienten (Gedrücktheit oder Gereiztheit) verbessert?	E: 274 K: 127	3,3	2,3	14,3	P < 0,001
Hat die Besonnenheit (Reflexivität) des Patienten zugenommen?	E: 200 K: 133	3,1	2,2	13,8	P < 0,001
Hat sich die Aggressionskontrolle des Patienten verbessert?	E: 246 K: 120	3,5	2,4	14,9	P < 0,001
Hat sich die Fähigkeit, soziale Beziehungen einzugehen, verbessert?	E: 265 K: 129	3,0	2,1	14,0	P < 0,001
Hat der Patient gelernt, sich zumindest auf der Verhaltensebene anzupassen?	E: 262 K: 119	3,5	2,5	13,0	P < 0,001
Ist die Belastbarkeit des Patienten (gegenüber Kritik, Stress, Frustrationen) größer geworden?	E: 302 K: 128	3,2	2,2	15,2	P < 0,001
Ist es gegenüber seinem Delikt zu einer Selbstkritischeren Einstellung gekommen?	E: 307 K: 129	3,1	2,1	14,2	P < 0,001
Hat sich der Patient von seiner subkulturellen/delinquenten Identifikation distanziert?	E: 157 K: 80	3,1	2,2	11,1	P < 0,001
Haben Misstrauen oder Feindseligkeit des Patienten abgenommen?	E: 251 K: 108	3,2	2,2	13,0	P < 0,001
Hat der Patient ein besseres Durchhaltevermögen entwickelt?	E: 276 K: 110	3,2	2,2	12,4	P < 0,001
Hat sich die Durchsetzungsfähigkeit des Patienten verbessert?	E: 228 K: 88	2,9	2,1	10,4	P < 0,001
Hat der Patient gelernt, seine (ehemalige) Störung wahrzunehmen und ggf. zu akzeptieren?	E: 310 K: 128	3,1	2,2	12,8	P < 0,001
Ist die Zukunftsplanung des Patienten mittlerweile im großen und ganzen realistisch?	E: 300 K: 124	3,3	2,1	17,8	P < 0,001
Kann der Patient auch ohne festes Programmangebot jetzt mit sich und seiner Zeit mehr anfangen?	E: 275 K: 109	2,9	2,1	9,9	P < 0,001

Legende zu Tab. 16: Die Anzahl der beurteilten Fälle sind diejenigen (von 322 Entlassenen bzw. 134 nicht Entlassbaren), für die die Urteiler nicht „war nie (großes) Problem“ gewählt haben. Vierstufige Rating-Skala mit den Extremen „Verschlechterung“ (1) und „guter Fortschritt“ (4).

Statistische Prüfung: Für jedes Item wurden die Mittelwerte mit einem T-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Konservativ wurden ungleiche Varianzen in beiden Gruppen angenommen. Die Freiheitsgrade errechnen sich als Summe der beiden beurteilten Gruppen je Item minus 2.

Der geringe Differenzierungsgrad der Beurteilungen wird weiterhin deutlich, wenn man mit den 16 klinischen Merkmalen multiple Regressionsanalysen rechnet, um die Zugehörigkeit zu den Gruppen Entlassene resp. nicht Entlassbare vorherzusagen. Tabelle 17 stellt das Ergebnis dar. Es ergeben sich für die Gesamtgruppe und die Teilgruppen K und E jeweils nur zwei signifikante Prädiktoren: Patienten sollen ihre Aggressionen beherrschen können, und sie sollen eine realistische Zukunftsplanung aufweisen, wenn sie der Gruppe der Entlassenen angehören wollen.

Dabei heißt realistische Zukunftsplanung vielleicht, dass der Patient sich mit den Planungen der Klinik zu seiner Rehabilitation identifiziert. Ein „nicht entlassbarer“ Patient hat schwerlich eine Chance, seine Therapeuten von der Tragfähigkeit seiner Überlegungen zu überzeugen. Wären „verbesserte Zukunftsplanung“ und „Aggressionskontrolle“ eigenständige Aspekte der klinischen Beurteilung, so hätten sich bei der Faktorenanalyse wenigstens zwei Faktoren ergeben müssen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Angaben der berichtenden Bezugstherapeuten zur klinischen Entwicklung der Patienten keine sehr differenzierten Informationen liefern und entsprechend zur Aufklärung des Hintergrundes geringer Entlassungsaussichten wenig beitragen. Ob das an der Qualität der klinischen Einschätzungen oder am retrospektiven Erhebungsverfahren liegt, kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht entschieden werden.

Tabelle 17: Regressionsanalysen zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit „Entlassen“ vs. „Nicht Entlassbar“ auf der Grundlage klinischer Entwicklungsmerkmale

Gesamtgruppe:	R = 0,69	(R ² = 0,48)	df = 2	F = 73,0	p < 0,001
<i>Prädiktoren</i>			<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Verbesserte Aggressionskontrolle			0,41	5,8	0,001
Realistischere Zukunftsplanung			0,37	5,1	0,001
Gruppe K	R = 0,73	(R ² = 0,53)	df = 2	F = 48,0	p < 0,001
<i>Prädiktoren</i>			<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Verbesserte Aggressionskontrolle			0,52	5,3	0,001
Realistischere Zukunftsplanung			0,28	2,9	0,001
Gruppe E	R = 0,65	(R ² = 0,42)	df = 2	F = 25,2	p < 0,001
<i>Prädiktoren</i>			<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Realistischere Zukunftsplanung			0,46	4,3	0,001
Verbesserte Aggressionskontrolle			0,27	2,5	0,001

Legende: Multiple Regressionsanalysen zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit mittels klinischer Einschätzungen. 14 der 16 Merkmale treten in den Analysen nicht in Erscheinung.

Teilnahme der Patienten an Behandlungsaktivitäten

Der Gedanke liegt nahe, dass sich Patienten ohne Entlassungsperspektive nur in geringem Maße an Behandlungsaktivitäten beteiligen oder gar der Mitarbeit verweigern. Doch wird nur für acht Patienten berichtet, dass sie alle Angebote zurückweisen, und zwar fünf Patienten der Gruppe K (7,4 %) und drei Patienten der Gruppe E (4,5 %). 65 % der Patienten nehmen mindestens an einer der Kernaktivitäten Einzeltherapie, Gruppentherapie, Arbeitstherapie oder Beschäftigungstherapie *regelmäßig* teil (49 % an der Einzeltherapie, 24 % an der Gruppentherapie, 43 % an der Arbeitstherapie und 15 % an der Beschäftigungstherapie). Die Korrelation zwischen dem Angebot an Behandlung (Anzahl regelmäßig angebotener therapeutischer Aktivitäten) und der Teilnahme der Patienten ist mit $r = 0,15$ zwar signifikant ($p < 0,05$), aber betragsmäßig sehr klein. Eine deutlichere Korrelation findet sich zwischen der Stationsgröße und der Mitarbeit der Patienten: auf kleineren Stationen sind die Patienten stärker in Behandlungsaktivitäten einbezogen ($r = - 0,25$, $p < 0,01$). Dieser Befund wird auf Seite 64 eingehender diskutiert.

Gründe einer geringen Entlassungsperspektive

In Abstimmung mit einigen Kliniktherapeutinnen und Therapeuten wurden in einem Erhebungsbogen 26 mögliche Ursachen einer fehlenden Entlassungsperspektive zusammengestellt, die von den beteiligten Bezugstherapeuten hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Einzelfall einzuschätzen waren (Skala „unwichtig - wenig wichtig - etwas wichtig - sehr wichtig“; siehe Erhebungsbogen im Anhang). Mit Hilfe entsprechender statistischer Prozeduren war es relativ einfach, innerhalb des Bogens 18 Items zu identifizieren, die deutlich vier inhaltlichen Aspekten zuzuordnen sind. Die aus den entsprechenden Items entwickelten Skalen besitzen eine gute Homogenität (innere Konsistenz – Cronbach α)⁸.

In Tabelle 18 sind die Merkmalsskalen dargestellt. Die Skalenbezeichnungen lauten:

- Ressourcen des Patienten
- Ressourcen der Institution
- Delinquentes Potential des Patienten
- Probleme einer medikamentösen Behandlung

Es leuchtet wohl unmittelbar ein, dass diese vier Merkmale in gewissem Grade unabhängig von einander zum Problem einer geringen Entlassungsperspektive beitragen können. Beim Merkmal „Ressourcen des Patienten“ tritt zu vier Items, die unmittelbar Defizite des Patienten beschreiben, eine äußere Bedingung hinzu: „Fehlen geeigneter stationärer Nachsorgeeinrichtungen“. Offensichtlich werden vor allem bei entsprechend „schwachen“, langfristig betreuungsbedürftigen Patienten fehlende Ressourcen des Empfangsraums zum Entlassungshindernis.

⁸ Weitere Informationen und Ergebnisse statistischer Prozeduren beim Verfasser.

Tabelle 18: Vier „Gründe“ geringer Entlassungsaussichten und zugehörige Fragebogen-Items

Merkmal	Fragebogen-Items
Ressourcen des Patienten (Cronbach- α = 0,71)	• Fehlende Alltagskompetenzen, Hilflosigkeit gegenüber Anforderungen des täglichen Lebens • Verwahrlosungsneigung des Patienten • Gravierende intellektuelle Defizite • Ausmaß der hirnrorganischen Störung • Fehlen geeigneter stationärer Nachsorgeeinrichtungen, z.B. Wohnheim (!)
Ressourcen der Institution (Cronbach- α = 0,76)	• Unzureichende personelle Ausstattung in der Einrichtung • Mangel an therapeutischer Aus- und Weiterbildung bei den zuständigen MitarbeiterInnen • Fehlen spezifischer therapeutischer Kompetenzen im Hinblick auf die Problematik des Patienten • Ungeeignete Räumlichkeiten für Therapie und die Schaffung eines therapeutischen Milieus • Unzureichende Rahmenbedingungen in der Einrichtung, z.B. unzureichende schulisch-berufliche Förderung
Delinquentes Potential (Cronbach- α = 0,57)	• Ausmaß der kriminellen Identifikation des Patienten • Stabile sexuelle Devianz, aktuell und intensiv • Ausmaß der „Psychopathy“ des Patienten (i.S.v. Hare) • Schwere der Vor- und Anlassdelinquenz
Probleme der medikamentösen Behandlung (Cronbach- α = 0,60)	• Mangelndes Ansprechen des Patienten auf die indizierte Medikation. • Geringe Absprachefähigkeit des Patienten (Unzuverlässigkeit) • Mangelnde Compliance bei der Medikation • Mangelnde Verträglichkeit einer Medikation (unerwünschte Wirkungen)

Die folgende Abbildung 5 stellt nun dar, welche Bedeutung die berichtenden Therapeuten den vier Problemaspekten bei verschiedenen Patientengruppen beimessen. Es ist offensichtlich, dass nach Einschätzung der Urteiler *Ressourcenmängeln der Institutionen* relativ wenig Gewicht haben. Am ehesten spielen sie noch bei den „Persönlichkeitsstörungen mit Minderbegabung“ eine Rolle (n.s.). Bei den Patienten mit der Diagnose „Hirnrorganische Störung“ und „Intellektuelle Behinderung“ haben schwache *Ressourcen des Patienten* besonderes Gewicht. Die Persönlichkeitsgestörten „führen“ beim Merkmal *delinquentes Potential*, und *Medikationsprobleme* spielen bei den schizophrenen Patienten eine bedeutende Rolle.

Diese Ergebnisse sind nicht überraschend.⁹ Wichtig ist vor allem, dass aus Sicht der Therapeuten institutionelle Ressourcenmängel deutlich hinter patientenspezifische Gesichtspunkte zurücktreten. Dies bedeutet natürlich nicht, dass die Beschäftigten die Gegebenheiten in ihren Kliniken als befriedigend oder gar optimal erleben. Man bedenke, dass die Therapeuten aufgefordert wurden, über je einen Patienten zu berichten, an dessen Beispiel Probleme der Behandlungsmöglichkeiten besonders deutlich werden. Entsprechend mussten patientenspezifische Probleme bei dieser Befragung im Vordergrund stehen (siehe auch S. 63).

⁹ Sie bestätigen in gewisser Weise die Validität des Fragebogens.

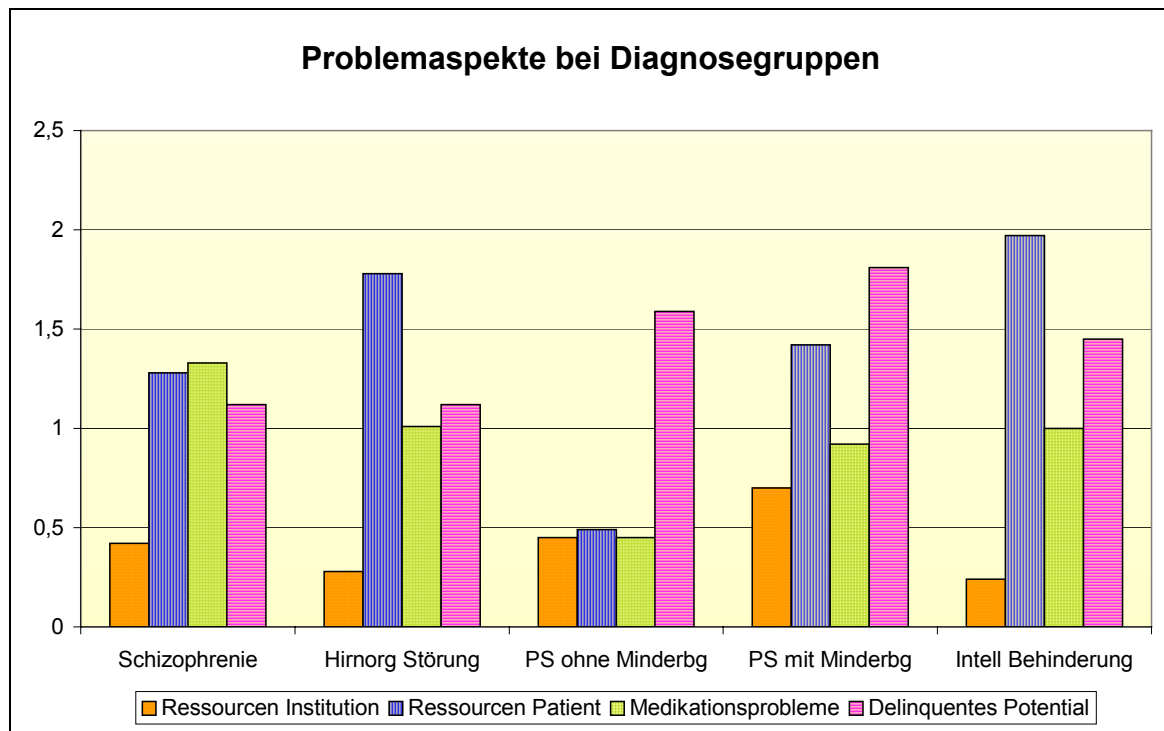


Abbildung 5: Gewichtung der vier Problemaspekte bei fünf Diagnosegruppen (PS = Persönlichkeitsstörung). Abzisse: Mittlere Einstufung der Items eines Aspektes auf der vierstufigen Beurteilungsskala (0 = unwichtig, 1 = etwas wichtig, 2 = ziemlich wichtig, 3 = sehr wichtig).

Nähere Betrachtung einiger Diagnosegruppen unter den „nicht Entlassbaren“ – Voraussetzungen einer Entlassung aus der Unterbringung

Im folgenden werden (wie in Abb. 5) fünf Gruppen unter den „nicht Entlassbaren“ etwas näher betrachtet, und zwar insbesondere im Hinblick auf die Frage, unter welchen Umständen eine Entlassung aus der Maßnahme eventuell doch denkbar wäre. Letzteres wurde leider nicht in einer quantifizierbaren Form erfasst, sondern in offener Weise erfragt. Die fünf näher beschriebenen Gruppen lauten: Schizophrenie, Hirnorganische Störung, Persönlichkeitsstörung ohne sowie mit Minderbegabung und Intellektuelle Behinderung.

Die Gruppenzuordnung erfolgte ausschließlich aufgrund der von den Bezugstherapeuten mitgeteilten Erstdiagnose des Patienten. Wegen der relativen Unzuverlässigkeit solcher Diagnosen weisen die Gruppen unter psychiatrischen und psychologischen Gesichtspunkten natürlich Überschneidungen auf. Insbesondere ist es auch zufallsabhängig, welche Reihenfolge bei Mehrfachdiagnosen „(Schizophrenie und Intellektuelle Behinderung“, „Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus“ u.ä.) gewählt wird.

Im Anhang finden sich fünf Tabellen, die zu jeder der Gruppen einige objektive Daten liefern. Unter anderem ist den Tabellen zu entnehmen, welche Anlassdelikte bei den Patienten vorherrschen, welchen Lockerungsstatus sie derzeit besitzen und zu welchen Vorkommnissen es

während der bisherigen Unterbringung gekommen ist. Es wird weiterhin angegeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Behandler mit erneuten erheblichen Straftaten rechnen und unter welchen Umständen oder Voraussetzungen eine Entlassung aus der Unterbringung doch denkbar wäre. Die Darstellung hat, schon wegen der relativ kleinen Gruppengrößen, einen ergänzenden und veranschaulichenden Charakter, und es erfolgen nur wenige statistische Prüfungen.

Im folgenden werden einige Ergebnisse zu den fünf Gruppen zusammengefasst.

Von den 23 Patienten mit der Erstdiagnose Hirnorganische Störung hatte mehr als die Hälfte im Laufe des Aufenthaltes Ausgang erreicht. Relativ häufig ist es zu recht erheblichen Rückfalltaten gekommen (5 Fälle). Im Falle einer Entlassung werden oft Aggressionsdelikte unter Alkoholeinfluss befürchtet, in acht Fällen auch Sexualdelinquenz. In 11 Fällen wird in einer Heimunterbringung mit dichter Betreuung und Kontrolle eine vage Entlassungsperspektive gesehen.

Bei 34 Patienten mit der Erstdiagnose Schizophrenie fällt auf, dass besonders viele von ihnen im Laufe der Unterbringung Ausgang ohne Begleitung erreicht hatten, wobei es gelegentlich zu Suchtmittelmißbrauch oder auch einer Entweichung kam, ganz selten aber zu einer Straftat. Befürchtet werden im Falle einer Entlassung verschiedenartigste Gewaltdelikte, in acht Fällen auch einhergehend mit Sexualstraftaten, in fünf Fällen Brandstiftung. In einer Heimunterbringung mit dichter Kontrolle sieht man in 12 Fällen eine denkbare Perspektive.

Unter den Persönlichkeitsstörungen ohne Minderbegabung (n = 38) finden sich als Anlasstat in zwölf Fällen sexuell motivierte Tötungsdelikte. Über die Hälfte der Gruppe hatte Ausgang erreicht. Dabei kam es in einigen Fällen zu gravierenden Rückfalltaten, unter anderem einem Tötungsdelikt. Befürchtet werden im Falle einer Entlassung vor allem Gewaltdelikte, bei etwa 15 in Zusammenhang mit Sexualtaten. Häufig sieht man auch eine Gefahr unterschiedlichster Delikte. Für 13 Patienten wird ausdrücklich festgestellt, sie hätten keine Entlassungsperspektive. In etlichen Fällen wird die Möglichkeit einer Entlassung von Fortschritten in zentralen Persönlichkeitsbereichen abhängig gemacht. Dabei vermitteln die Angaben vieler Behandler hierzu den Eindruck, dass sie an deren Eintreten nicht recht glauben. Es wird u.a. als notwendig erachtet (wörtliche Zitate):

- *Bereitschaft, in echte Interaktion zu treten; Fähigkeit, Beziehungen auch zu halten; Bereitschaft, Dominanz abzugeben.*
- *Deliktkritische Einstellung, Entwicklung echter Empathie.*
- *Distanzierung von betrügerischen Attitüden und Verhalten, Abstinenz, Gewinn bedeutungsrelevanter Bezugspersonen und sozialer Kontakte.*
- *Müsste andere Mechanismen zur Selbstwertsteigerung finden als versuchte Vergewaltigungen und Alkoholmissbrauch; Erwerb von Bewältigungsstrategien sowie Vertrauen zu Bezugspersonen.*
- *Pat. müsste Behandlung anfangen. Zur Entwicklung einer Entlassungsperspektive müsste eine solche Behandlung gelungen sein.*
- *Überwindung der Widerstände und der Unfähigkeit, innere Grenzen zu überwinden.*

Diese „Voraussetzungen einer Entlassung“ erscheinen relativ vage und zeigen im Grunde keine konkrete therapeutische Arbeitsperspektive auf. Bei einigen Patienten läuft es darauf hinaus, dass sie wohl andere Menschen werden müssten. Insofern wurde gerade bei dieser Gruppe auf eine Reihe von Fällen hingewiesen, bei denen derzeit eine konkrete Alternative zur dauerhaften Unterbringung nicht erkennbar ist.

Bei den 23 Persönlichkeitsstörungen mit Minderbegabung hatte mehr als die Hälfte Ausgang ohne Begleitung erreicht. Zu schweren Deliktrückfällen ist es nicht gekommen. Befürchtet werden vor allem sexuelle Gewaltdelikte (10), sonstige Gewaltdelikte (5) und Kindesmissbrauch (4). Ausdrücklich keine Entlassungsperspektive wird bei vier Patienten gesehen. Ähnlich wie bei den nicht Minderbegabten werden für etliche Patienten recht anspruchsvolle Entwicklungsziele, Hoffnungen auf Nachreifung und qualitative Veränderungen formuliert:

- *Pat. müsste Nachreifung in Affektwahrnehmung u. -differenzierung erreichen, Selbstrepräsentation wahrnehmen, empathische Perspektive auf andere erlangen und integrieren und daraus adäquate Handlungen ableiten.*
- *Echte inhaltliche Auseinandersetzung mit seiner Störung, seinem Delikt sowie der Unterbringung.*
- *Eine echte Nachreifung des Patienten.*
- *Verbesserung der Opferempathie ist zentraler Punkt; Herstellung tiefergehender Beziehungen.*

In sechs Fällen wird die Entlassung in eine komplementäre Einrichtung als Möglichkeit avisiert, wobei immer auf eine dichte Betreuung und ausreichende Kontrolle abgehoben wird:

- *Man müsste für den Pat. eine Einrichtung außerhalb des Maßregelvollzuges finden, die ihn ähnlich reglementieren bzw. begrenzen kann. Kleineres übersichtliches Umfeld erforderlich. Konzeptionell mehr Gewicht auf Freizeitangebote.*

Von den 14 Patienten mit der Erstdiagnose Intellektuelle Behinderung hatten 9 Ausgang ohne Begleitung erreicht. Es gab keine sehr schweren Rückfalltaten, in einem Fall jedoch Kindesmissbrauch. Befürchtet werden im Falle einer Entlassung vor allem sexuelle Gewaltdelikte (4), sonstige Gewaltdelikte (3) und Kindesmissbrauch (3). In sechs Fällen wird in einer Heimunterbringung eine Perspektive gesehen. Dass selbst für diese, als „intellektuell behindert“ klassifizierten, Patienten zum Teil recht anspruchsvolle Entwicklungsziele formuliert werden, weist auf Überschneidungen der Patientengruppen hin.

Einschätzung der Rückfallgefahr im Falle einer Entlassung

Analog zum Vorgehen der Projektgruppe Seifert et al. haben wir den Therapeuten die „forensische Sonntagsfrage“ gestellt: „Wenn der Patient am nächsten Sonntag entlassen würde, wie hoch erscheint Ihnen die Gefahr der Rückfälligkeit mit einem erheblichen Delikt?“ Die Antwort war auf einer sogenannten visuellen Analogskala mit Prozentwerten von 0 bis 100 anzukreuzen. Das Ergebnis veranschaulicht Abbildung 6.

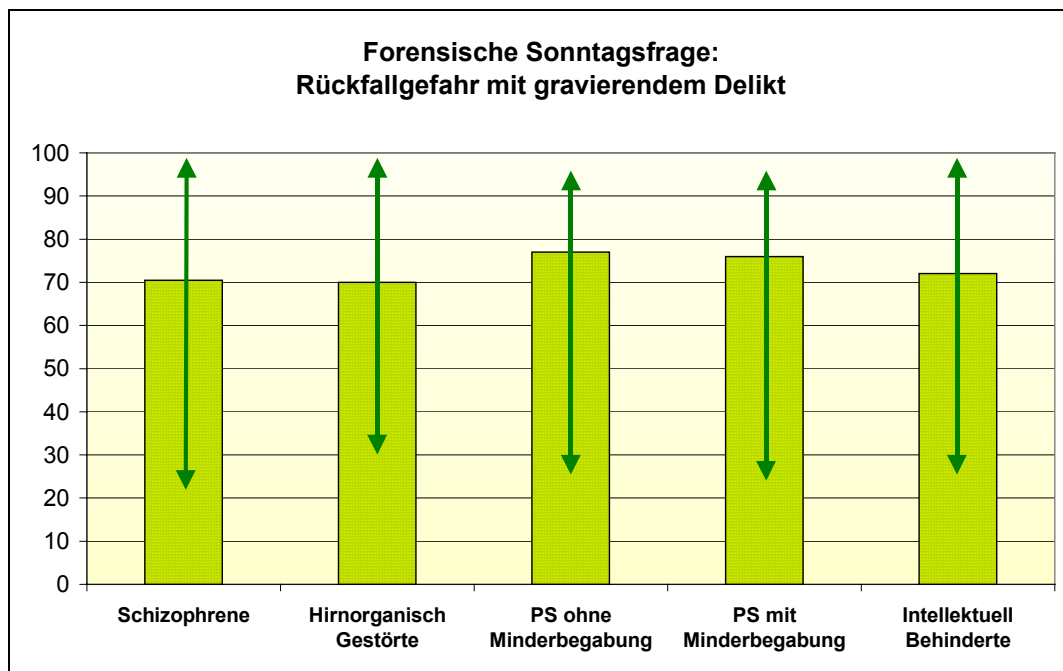


Abb. 6: Einschätzung der nicht entlassbaren Patienten hinsichtlich der Gefahr eines erheblichen Rückfalldeliktes (visuelle Analogskala mit den Extremen 0 und 100). Säulen: Mediane der Einschätzungen. Der Doppelpfeil veranschaulicht den Bereich zwischen dem 10. und dem 90. Perzentil (80 % aller Fälle).

Die Mediane der Werte auf der visuellen Analogskala streuen bei allen Diagnosegruppen etwa um 70 % (Minimum 66 % bei schizophrenen Patienten). Ein signifikanter Unterschied findet sich nicht ($df = 4$, $F = 0,19$, n.s.). Zumindest aus diesen Daten lässt sich also für keine Gruppe eine „besondere“ Gefährlichkeit ableiten.

Erstaunlicherweise gibt es 10 Patienten, bei denen die Wahrscheinlichkeit eines schwerwiegenden Deliktes mit weniger als 25 % angegeben wird. Je ein Fall betrifft die Gruppe Hirnorganisch Gestörte und Intellektuell Behinderte. Je zwei Fälle betreffen die Persönlichkeitsstörungen ohne und mit Minderbegabung und vier Fälle die schizophrenen Psychosen. In zwei dieser 10 Fälle (dem Patienten der Gruppe Hirnorganik und einem Persönlichkeitsgestörten mit Minderbegabung) wird das Risiko gar mit 0 % angegeben.

Es ist hier anzumerken, dass auf zwei weiteren Skalen das Risiko geringfügiger Straftaten und die Gefahr von Weisungsverstößen einzuschätzen waren. Auf diesen Skalen wurden die entsprechenden Patienten natürlich ungünstiger beurteilt.

Es verwundert dennoch, dass solche Patienten als langfristig nicht entlassbar eingeschätzt werden. Schließlich ist weiterbestehende Gefährlichkeit eine rechtliche Voraussetzung für die Fortdauer der Unterbringung. Man sollte allerdings bedenken, dass die Beurteilung durch eine einzelne Person (BezugstherapeutIn) erfolgte. Es ist nicht auszuschließen, dass andere wichtige Beteiligte diese Patienten als gefährlicher eingeschätzt hätten.

Diskussion

Überblick über Untersuchungsbefunde

Zunächst ist noch einmal hervorzuheben, dass die vorliegende Studie keine abschließenden Aussagen zu den Ursachen geringer Entlassungschancen bei Forensikpatienten erlaubt. Dies würde eine umfangreiche, langfristig und prospektiv angelegte Untersuchung erfordern. Bei dieser müssten nicht nur anamnestische und aktuelle Patientenmerkmale sowie Merkmale des Empfangsraums differenziert erfasst werden. Es käme auch darauf an, Aspekte des Behandlungsprozesses systematisch zu erheben, des therapeutischen Vorgehens und der Interaktion von Patient und Therapeut/Institution. Dies zu realisieren wäre ausgesprochen schwierig und aufwendig. Die jetzt vorliegenden Ergebnisse haben einen eher beschreibenden Charakter. Die Aussagen zu den kausalen Hintergründen der Befunde bleiben notwendigerweise etwas spekulativ.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebungen und statistischen Analysen noch einmal stichwortartig zusammengefasst.

- Nach einem längere Zeit entgegengerichteten Trend sind in den letzten Jahren die Unterbringungszeiten im § 63-Maßregelvollzug wieder angewachsen. Der Anteil von Patienten mit geringer Entlassungsperspektive hat – aus Gründen, die im Folgenden diskutiert werden – zugenommen.
- Dieser Anteil ist jedoch nicht sicher quantifizierbar. Art der Fragestellung, Intention des Fragenden und Intention des Beurteilers spielen eine bedeutende Rolle.
- Grundsätzlich rekrutieren sich Patienten mit geringer Entlassungsperspektive aus allen im Maßregelvollzug vertretenen Diagnose- und Deliktgruppen. Es gibt keine deutlich abgrenzbare Teilgruppe, auf die man sich bei der Diskussion der Problematik weitgehend beschränken könnte. Doch lassen sich aufgrund der empirischen Befunde Tendenzen aufzeichnen und Bedingungen identifizieren, die zu relativ günstigen oder relativ ungünstigen Entlassungschancen beitragen.
- Insgesamt haben im engeren Sinne psychisch kranke Patienten seit Jahren bessere Entlassungsaussichten als im weiteren Sinne entwicklungsgestörte.
- Daher ist in unserer Stichprobe von Patienten mit geringer Entlassungsperspektive der Anteil derjenigen mit der Haupt- oder Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung größer (59,0 %) als in der Vergleichsgruppe entlassener Patienten (37,5 %).
- Patienten mit einer Schizophrenie haben bessere Entlassungsaussichten als Patienten mit den Diagnosen „Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung“ und „Hirnorganische Störung“. Suchtprobleme verschlechtern die Entlassungsaussichten gerade bei „Persönlichkeitsstörungen ohne Minderbegabung“.

- Schwere Gewalt- und Tötungsdelikte bedingen nicht generell eine schlechte Entlassungsperspektive. Unter entlassenen Schizophrenen ist der Anteil an Tötungsdelikten erheblich (über ein Viertel).
- Auch stellen gewalttätige Eigentumsdelikte (Raub) und Brandstiftung statistisch kein spezielles Entlassungshindernis dar.
- Es sind vor allem Sexualstraftaten, die die Feststellung einer geringen Entlassungsperspektive wahrscheinlicher machen. Dies gilt insbesondere, wenn sie mit manifester Gewaltanwendung einher gehen und / oder wenn Kinder zu den Opfern gehören.
- Sexualdelikte mit tödlichem Ausgang finden sich fast ausschließlich bei persönlichkeitsgestörten Patienten mit geringen Entlassungsaussichten.
- Bei Betrachtung der Gesamtgruppen erlauben (regressionsanalytisch) folgende Merkmale eine Vorhersage der Entlassungsaussichten:
 - ⇒ Erhebliche Erziehungsprobleme in der Vorgeschichte
 - ⇒ konflikthafte Partnerschaften
 - ⇒ mindestens Hauptschulabschluss (ungünstig!)¹⁰
 - ⇒ Sexualdelikt
 - ⇒ Tötungsdelikt mit sexuellem Hintergrund.

Demnach hat ein Patient besonders ungünstige Entlassungsaussichten, wenn seine Anpassungsstörung sich schon früh (Erziehung) und im sozialen Nahraum (Partnerschaft) manifestiert hat, wenn er der Gruppe ohne Minderbegabung angehört und ein sexuelles (Gewalt-) Delikt begangen hat.

- Für die Gruppe der im engeren Sinne kranken und behinderten Patienten erreichen folgende Prädiktoren Signifikanz:
 - ⇒ Erhebliche Erziehungsprobleme in der Vorgeschichte,
 - ⇒ kindliches Opfer bei Sexualstraftat.

Auch hier gilt, dass die Entlassungsaussichten ungünstig sind, wenn eine Anpassungsstörung sich schon früh manifestiert hat. Hinzu treten „pädosexuelle Taten“ als besonderes Entlassungserschweren.

- Für die Gruppen der Entwicklungs- und Persönlichkeitsgestörten wurden folgende Faktoren aufgezeigt:
 - ⇒ Erhebliche Erziehungsprobleme
 - ⇒ Mindestens Hauptschulabschluss
 - ⇒ Sexualdelikt
 - ⇒ Tötungsdelikt in Verbindung mit Sexualstraftat.

¹⁰ Dieser Prädiktor hat sich in der Regressionsanalyse durchgesetzt. Doch hat das Merkmal seine ungünstige Bedeutung nur bei den entwicklungs-/persönlichkeitsgestörten Patienten.

Auch hier gilt also: Patienten mit früher Anpassungsproblematik, ohne Minderbegabung und mit einem sexuellen (Gewalt-) Delikt als Unterbringungsanlass haben eine schlechte Entlassungsperspektive.

- Die Einschätzung der klinischen Entwicklung durch die zuständigen Therapeuten lieferte keine sehr differenzierten Erkenntnisse. Patienten können eher entlassen werden, wenn sie ihre Aggressionen kontrollieren können und eine realistische Zukunftsperspektive besitzen, was sicher nicht überrascht.
- Verweigerung der Mitwirkung an Behandlungsaktivitäten ist kein wesentlicher Grund geringer Entlassungsaussichten. Zwei Drittel der nicht entlassbaren Patienten nehmen an mindestens einer der therapeutischen Kernaktivitäten regelmäßig teil.
- Im Unterbringungsverlauf ist es bei nicht entlassbaren Patienten – naheliegender Weise – häufiger zu Straftaten gekommen als bei entlassenen Patienten. Betrachtet man die allgemeine Häufigkeit problematischer Vorkommnisse bei nicht entlassbaren Patienten, so erscheinen die „Persönlichkeitsgestörten ohne Minderbegabung“ nicht als besondere Problemgruppe. Die höchste Quote von Lockerungsmissbräuchen weist die Gruppe der hirnorganisch Gestörten auf (n.s.). Es gibt allerdings bei diesen beiden Gruppen einzelne besonders gravierende Rückfalltaten während der laufenden Unterbringung.¹¹
- Die Diagnosegruppen der nicht Entlassbaren unterscheiden sich wenig hinsichtlich der Gefährlichkeitseinschätzung durch ihre Therapeuten. In allen Gruppen wird mit durchschnittlich 70 - 75%-iger Wahrscheinlichkeit ein erhebliches Rückfalldelikt erwartet.
- In allen Gruppen gibt es einige „Ausreißer“, bei denen die Gefahr erheblicher Rückfalltaten erstaunlich niedrig eingeschätzt wird.

Ursprüngliche Fragestellung: Anzahl „nicht therapierbarer“ Patienten

Das Forschungsprojekt, dessen Ergebnisse mit diesem Bericht vorgelegt werden, geht auf eine Anregung des Arbeitskreises der Träger psychiatrischer Krankenhäuser zurück. Auf dem Hintergrund der erheblichen Kapazitätsprobleme in den Maßregelkliniken richtet der Blick sich verstärkt auf Patienten, die trotz längeren stationären Aufenthaltes weiterhin gefährlich erscheinen. Solche Patienten, so die gängige Argumentation, blockieren teure Behandlungsplätze, auf denen andere Patienten erfolgreich behandelt werden könnten. Das Institut für Forensische Psychiatrie an den Rheinischen Kliniken Essen (Institut der Universität Duisburg-Essen) erhielt den Auftrag, mittels einer bundesweiten Erhebung die Anzahl „nicht therapierbarer“ Patienten im § 63-Maßregelvollzug zu ermitteln.

Es wurde ein Erhebungsbogen entwickelt und allen bundesrepublikanischen Maßregelanstalten (mit Ausnahme Brandenburgs, siehe Fußnote 4) zugeleitet. Wie dargestellt war

¹¹ Eine statistische Prüfung ist wegen geringer Fallzahl nicht sinnvoll möglich.

die Resonanz der Einrichtungen überaus heterogen und zum Teil sehr kritisch. Auch der historische Ballast der Formel „nicht therapierbar“ trug bei einigen Klinikvertretern zur Zurückhaltung gegenüber dem Untersuchungsanliegen bei. Ein süddeutsches Bundesland erklärte, dass es in den dortigen Maßregleinrichtungen keine untherapierbaren Patienten gebe. Die Zurückhaltung war auch in der Sorge begründet, dass Politik und Klinikträgern entsprechendes Datenmaterial zur Grundlage der Planung kostengünstiger Abteilungen mit niedriger Behandlungsintensität dienen könnte.

Während von einer großen Maßregleinrichtung etwa ein Drittel der Patienten als langfristig gefährlich und nicht entlassbar dokumentiert wurde, betrug der am häufigsten genannte Anteil entsprechender Patienten genau null Prozent.

Schon diese Beobachtungen legen folgende Schlussfolgerung nahe: Angaben zur Größe der Gruppe nicht entlassbarer Patienten sind erheblich vom Kontext der Fragestellung und von Aspekten abhängig, die nicht unmittelbar die Störung des Patienten betreffen. Die Behandlung praktisch aller gemäß § 63 untergebrachten Patienten ist grundsätzlich schwierig. Ob man im Einzelfall eine Entlassungsperspektive sieht bzw. mit dem Patienten entwickeln möchte, hängt auch vom gesellschaftlichen Klima ab und von der grundsätzlichen Bereitschaft, in Übergangsphasen ein „Restrisiko“ einzugehen. Fügt man sich völlig dem Druck von Medien und Öffentlichkeit, so resultiert ein beträchtlicher Anteil „nicht Behandelbarer“. Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, dass es Patienten gibt, die dauerhaft gefährlich sind und die - unter welchen gesellschaftlichen Umständen auch immer - eines gesicherten Rahmens bedürfen.

In der Vergangenheit war es politisch korrekt und entsprach einer am Besserungszweck des MRV orientierten humanistischen Grundhaltung, die Gruppe der „therapeutisch nicht erreichbaren“ Patienten als sehr klein zu bezeichnen. So hieß es im Bericht einer unabhängigen Expertenkommission zur Behandlung von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug: *„Bei alledem ergeben sich für eine sehr kleine Zahl sehr schwieriger Patienten besondere Probleme therapeutischer Einflussnahmen“* (Schüler-Springorum et al, 1996, S. 189). Es stellt sich die Frage, ob mit solchen Aussagen ein realistisches Bild gezeichnet wurde. Van den Berg (2001) befasst sich mit den Auswirkungen der Persönlichkeitspathologien der Patienten auf die forensischen Behandlungsteams. Sie sieht in therapeutischem Optimismus im Kontext der Forensik auch einen Abwehrmechanismus gegen Ohnmachtgefühle und Hoffnungslosigkeit.

In der aktuellen Debatte um die Zukunft des Maßregelvollzugs hat es sich eingespielt, den Anteil der „therapeutisch nicht erreichbaren“ § 63-Patienten auf etwa 10 % der Untergebrachten zu schätzen (vgl. Dönisch-Seidel 2002). Diese Schätzgröße hat keine gesicherte empirische Grundlage, und auch sophistisierte wissenschaftliche Methodik könnte nicht zu einer objektiven Quantifizierung führen. Im Rahmen unserer Untersuchung berichtete, wie erwähnt, eine große Maßregleinrichtung von einem Drittel Patienten mit geringer Entlassungsperspektive aus, was unseres Erachtens nicht in einem grundsätzlichen Behandlungspessimismus dieser Klinik begründet war. Doch hat man sich dort schon lange offensiv mit

Fragen der Gefährlichkeitsprognose bei psychisch kranken und gestörten Straftätern auseinanderzusetzen und hat sich gerade bemüht, differenzierte Behandlungsangebote für verschiedene Patientengruppen zu entwickeln (vgl. Gretenkord 1998, Nedopil & Müller-Isberner 1995, Müller-Isberner 1998).

Der Anteil von Patienten, bei dem man zur Feststellung fehlender Behandlungsmöglichkeiten kommt, würde sicherlich ansteigen, wenn der Gesetzgeber die Verlegung von Patienten in den Strafvollzug ermöglichte. Wilfried Rasch hat immer die Notwendigkeit eines zwingenden Behandlungsauftrags hervorgehoben, damit für bestimmte Patienten Behandlungskonzepte und Lösungen entwickelt werden (vgl. Rasch 1984, S. 12). Die Entwicklung im Bereich des MRV gemäß § 64 StGB gibt in diesem Zusammenhang zu denken. Hier existiert ja die Möglichkeit der vorzeitigen Beendigung der Maßnahme, wenn sie keine Aussicht mehr auf Erfolg hat. Vor zehn Jahren wurde in etwa 10 Prozent der Fälle auf Beendigung wegen Aussichtslosigkeit (§ 67 d(5) StGB) erkannt. Nachdem das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss von 16.03.1994 eine entsprechende Entscheidung vereinfachte, erfolgen solche Beendigungen inzwischen bei etwa der Hälfte der Patienten (von der Haar 2001)!! Der Anteil der „nicht Therapierbaren“ hat sich dort also scheinbar verfünffacht. Die kritische öffentliche Diskussion um den Maßregelvollzug und der Druck, der von den Medien ausgeht, haben zu dieser restriktiven Praxis zweifellos beigetragen.

Was heißt überhaupt „Therapierbarkeit“?

Die Ergebnisse unserer Untersuchung weisen darauf hin, dass weniger ein bestimmtes Krankheitsbild mit geringen Entlassungsaussichten einhergeht als vielmehr eine bestimmte Form der Delinquenz, nämlich Sexualdelinquenz. „Unterbringungsanlass (auch) Sexualdelikt“ ist der wichtigste Prädiktor im Hinblick auf die Zugehörigkeit zur Gruppe der nicht Entlassbaren. Bei intellektuell schwachen Patienten mindern vor allem pädosexuelle Taten die Chancen einer Entlassung, bei Persönlichkeitsgestörten gewalttätige Sexualdelikte.

Es stellt sich die Frage, ob sich in solchen Befunden Unterschiede der „Therapierbarkeit“ bestimmter Tätergruppen widerspiegeln. Sind Sexualstraftäter, im Vergleich zu Brandstiftern und Körperverletzern, besonders schwer zu behandeln? Oder ist es vielleicht auch der Stellenwert eines eventuellen Rückfalldeliktes und dessen Bedeutung für die Institution, die ein Entlassungsschwerzernis darstellen? Wie im nächsten Kapitel eingehender dargestellt wird, stellen Sexualstraftäter keine Tätergruppe mit herausragendem Rückfallrisiko dar. Doch hat diese Gruppe in der öffentlichen Diskussion ausgesprochen schlechte Karten. Ihnen gilt aus naheliegenden Gründen das besondere Interesse der Medien „im mörderischen Kampf um die Quote“ (Mauz, s.a. Rüther 1998). Mit Rehabilitationsschritten für solche Täter gehen die Kliniken das Risiko ein, im Falle einer Fehleinschätzung unter ungeheuren Druck zu geraten.

Die ungünstigeren Entlassungsaussichten von Sexualstraftätern bedeuten nicht zwangsläufig, dass diese Patienten therapeutisch „schwieriger“ sind als andere. Man kann generell die Frage formulieren, was erfolgreiche Therapie im Maßregelvollzug eigentlich bedeutet.

Die naive Vorstellung eines Behandlungsprozesses könnte in folgender Weise umschrieben werden: Der Patient, geprägt durch ein widriges soziales Umfeld und nicht selten aufgewachsen in einem „Klima dumpfer Angst“ (Rasch 1986), kommt in eine Klinikabteilung, in der ein therapeutisches Grundmilieu mit einer warmen Atmosphäre herrscht (Externbrink & Schmitz 1991). Hier erlebt der Patient eine Vielfalt von Erlebnis- und Befriedigungsmöglichkeiten, er spürt, dass die Einrichtung wirklich auf seiner Seite steht, sie weckt in ihm Hoffnung auf ein Leben in Freiheit und Würde (Duncker 1988). Er erfährt erstmals Empathie, Wertschätzung und verlässliche Zuwendung. Dies wird für ihn zur „korrigierenden Erfahrung“, er kann sich zunehmend öffnen, Verhärtungen lösen sich auf, emotionale Verletzungen heilen aus, das Delikt kann „aufgearbeitet werden“. Dies ermöglicht irgendwann die Entlassung aus der stationären Behandlung und die Überleitung in eine ambulante Nachsorge durch eine einzelne therapeutische Vertrauensperson. Nur uneinsichtige und unmotivierte Patienten verweigern sich diesem segensreichen Prozess.

Diese deutlich karikierende Beschreibung entspricht durchaus den früheren impliziten Vorstellungen von erfolgreicher Behandlung. In umfangreichen Untersuchungen zur Straftäterbehandlung haben sich allerdings psychodynamisch ausgerichtete Behandlungskonzepte, die auf die Wirkungen des Behandlungsmilieus und unspezifische Zuwendung setzen, als wenig effektiv erwiesen. Erfolgreichere Behandlungen sind dagegen „multimodal“ (nutzen verschiedene therapeutische Zugangsweisen) und enthalten behaviorale, auf konkrete Lernziele ausgerichtete Elemente (vgl. Hollin 1999).

Es ist allerdings auch zu bedenken, dass in den einschlägigen Untersuchungen bestimmte unspezifische Wirk- und Beziehungsfaktoren systematisch benachteiligt werden (vgl. Slade & Priebe 2001). Zielorientierung in der Behandlung ist so bedeutsam, weil gerade bei fehlsozialisierten und traumatisierten Menschen regressive Prozesse drohen, die im Alltag des Maßregelvollzugs nur schwer therapeutisch zu handhaben sind (Sachsse 1996). Dabei stellen ein therapeutisches Milieu und kontinuierliche Beziehungsarbeit bei aller Strukturierung sicherlich wichtige Grundlagen erfolgreicher Behandlung dar (Fehlenberg 2003). Die Skepsis des Verfassers im Hinblick auf bestimmte – auch veröffentlichte – Vorstellungen von Behandlung beruht darauf, dass gerade im Maßregelvollzug die Diskrepanz zwischen der Papierform, also den in Konzepten formulierten Ansprüchen einerseits und dem Anstaltsalltag andererseits, oft ungemein groß ist.

Im folgenden werden wichtige Aspekte einer adäquaten Sichtweise von „Therapie im Maßregelvollzug“ thesenartig zusammengefasst:

- Wir können auf die Risiken, die von einem Patienten ausgehen, auf verschiedenen Ebenen Einfluss nehmen, aber wir können aus ihm keinen neuen Menschen machen. Psychosoziale und psychotherapeutische Behandlungen bewirken immer nur graduelle Veränderungen. Ein „Machbarkeitswahn“ (Schernus 1997) ist dem Arbeitsfeld und der Aufgabenstellung unangemessen.

- Psychiatrische und psychologische Therapie im engeren Sinne stellt eine der „Stellschrauben“ dar, um auf die Gefährlichkeit eines Patienten des Maßregelvollzugs Einfluss zu nehmen. Eine Beeinflussung der von einem Menschen ausgehenden Risiken ist auf verschiedenen Ebenen denkbar, zum Beispiel:
 - durch Förderung seines Problembewusstseins und seines Verständnisses eigener Verhaltens- und Denkmuster, die straffälliges Verhalten fördern (→ z.B. im Rahmen zielorientierter Kleingruppenarbeit, Elsner 2001)
 - durch Stärkung seines Selbstwertgefühls (→ allg. Psychotherapie und Bezugspflege)
 - durch die „Bearbeitung“ der Hintergründe von Wut und Hass und traumatischer Erfahrungen (→ Psychotherapie, erlebnisorientierte Gruppenarbeit, Psychodrama)
 - durch Förderung seiner Leistungsfähigkeit (→ Ergotherapie u. schulische Maßnahmen)
 - durch Stärkung seiner sozialen Stellung (→ qualifizierende Abschlüsse)
 - durch Stabilisierung seiner wirtschaftlichen Situation (→ Schuldenregulierung, Eingliederung in Arbeitsprozess)
 - durch Versöhnung mit gesellschaftlichen Ordnungsstrukturen (→ Milieuthérapie und basale Beziehungsarbeit, faire und transparente Entscheidungsprozesse)
 - durch Gestaltung des sozialen Empfangsraums (→ stationäre und ambulante Nachsorge, Familientherapie)
- Natürlich kann Maßregelvollzug – wie Strafvollzug – sich auch ungünstig auf Risikoaspekte auswirken, etwa durch Hospitalisierungsschäden oder die Verbitterung von Patienten (weil sie sich unverstanden und ungerecht behandelt fühlen).

Behandlung / Minderung von Gefährlichkeit ist ein komplexer multidimensionaler Prozess mit verschiedenen Angriffspunkten. Andrews & Bonta (1994) sprechen von den „criminological needs“, die in der Behandlung berücksichtigt werden sollten. Die Frage ist nicht, ob ein Patient „therapiefähig“ ist oder nicht, sondern ob seine Gefährlichkeit so weit gemindert werden kann, dass die Entlassung in die Freiheit unter bestimmten Bedingungen vertretbar ist. So ist es denkbar, dass ein Patient auf der Ebene einer verbalen Problembearbeitung (Psychotherapie) kaum erreichbar ist, der in einem bestimmten Rahmen stationärer Nachsorge dennoch ein stabiles und einigermaßen zufriedenes Leben führen kann.

Problemgruppe Sexualstraftäter?

Weil Menschen in ihrem Erleben und Verhalten nur graduell verändert werden können, sind prinzipiell alle Patienten des Maßregelvollzugs „schwer zu therapieren“. Dies gilt selbstverständlich für die Gruppe der hirnnorganisch Geschädigten. Es gilt für Patienten, deren Gefährlichkeit Auswirkung einer langen Entwicklungsproblematik ist (Persönlichkeitsgestörte und sexuell Deviante). Es gilt für Menschen, zu deren Anpassungsstörung intellektuelle Defi

zite beitragen, und last but not least für Täter mit der Diagnose „schizophrene Psychose“. In Bezug auf diese Gruppe heißt es gelegentlich, bei ihnen verfügten wir doch über die „bewährten Behandlungsstrategien der Allgemeinpsychiatrie“. Wenn diese Strategien so einfach griffen, müssten diese Patienten regelhaft nach sechs bis neun Monaten aus der Unterbringung entlassen werden. Die Wirklichkeit sieht anders aus. Entsprechend sind in unserer Stichprobe nicht entlassbarer Patienten alle Diagnosegruppen mit substantiellen Anteilen vertreten.

Die besonders ungünstigen Entlassungsaussichten von Sexualstraftätern können nicht losgelöst vom aktuellen gesellschaftlichen Diskurs um diese Tätergruppe gesehen werden. Die Möglichkeiten, auch solche Patienten erfolgreich in ein ambulantes Behandlungssetting einzubinden, wurden vor Jahren weitaus optimistischer eingeschätzt. Schorsch et al. (1985) stellten ausgesprochen positive therapeutische Erfahrungen dar. Grubin (1995) diskutiert die Ergebnisse verschiedener Studien zur Rückfälligkeit von Straftätern und findet eher niedrige Wiederverurteilungsquoten bei Sexualstraftätern.¹² In extremem Kontrast zur aktuellen Debatte bezeichnet er Sexualdelinquenz als eine „low rate activity“. Mit Blick auf Dunkelziffern und die gerade hier erforderlichen langen Beobachtungszeiträume (Beier 1998) muss diese Aussage sicherlich relativiert werden. Auch muss gerade im Maßregelvollzug mit schwerwiegenden Paraphilien und komplexen Komorbiditäten gerechnet werden (die „normaleren“ Sexualstraftäter kommen in den Strafvollzug¹³). Dennoch spiegeln sich in schlechten Entlassungschancen für Sexualstraftäter nicht nur Schwierigkeiten des therapeutischen Zugangs wider. Mindestens ebenso großes Gewicht hat der Stellenwert eines spezifischen Rückfalldeliktes für das Ansehen der Einrichtung. Mit Lockerungs- und Entlassungsprognosen ein „kalkulierbares Risiko“ (Rasch 1985b) einzugehen erfordert von den verantwortlichen Klinik- und Abteilungsleitern (-innen) schon einigen Mut und Stehvermögen. Prognosen sind ihrem Wesen nach nicht völlig sicher (Dahle 2000). Eine Minimierung jeglicher Zwischenfälle wird zwangsläufig erkaufte mit einer hohen Quote „falsch Positiver“ – Patienten also, die sich im Falle einer Entlassung trotz ungünstiger Prognose bewähren würden (vgl. Volckart 1997).

Aufgrund der Präsenz des Themas in den Medien glauben viele Menschen, dass die Bedrohung durch Sexualstraftäter zugenommen habe. Dies ist objektiv falsch¹⁴ (Egg 1999). Dennoch hat der Bundesgesetzgeber mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftätern vom 26.01.1998 versucht, den öffentlichen Ängsten zu be-

¹² Auf der Grundlage einer Metaanalyse, in der insgesamt 1.313 Fälle berücksichtigt wurden, gibt Hall (1995) für unbehandelte Sexualstraftäter eine Rückfallquote von 27 %, für behandelte von 19 % an, wobei die Effektgrößen von Behandlungen sich je nach Behandlungssetting und –methode deutlich unterscheiden.

¹³ Diese vereinfachende Aussage muss allerdings auch relativiert werden. Frädrich & Pfäfflin (2000) fanden eine hohe Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen, insbesondere auch Sexualstraftätern, wobei die dissoziale Persönlichkeitsstörung nicht im Vordergrund stand.

¹⁴ Für das Jahr 2002 wurde in Medien allerdings ein Anstieg der Zahl der Vergewaltigungen gegenüber 2001 berichtet.

gegenen, indem er die Voraussetzungen einer Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung, jedenfalls der Wortwahl nach, verschärft hat (siehe S. 13).

Es soll keineswegs in Abrede gestellt werden, dass sich im Maßregelvollzug nicht wenige Sexualstraftäter befinden, bei denen Entlassungsexperimente sich verbieten. So erscheint dem Verfasser die Konstellation Dissozialität – Alkohol-/Drogenmissbrauch – sexueller Sadismus (in Übereinstimmung mit Prognoseverfahren wie VRAG oder SORAG, Quinsey et al. 1998) äußerst problematisch. Dass das Label „Sexualstraftäter“ in unseren Analysen jedoch ganz allgemein zum wichtigsten Prädiktor geringer Entlassungsaussichten wurde, muss auch im dargestellten gesellschaftlichen Kontext gesehen werden.

„Psychopathy“ als Schlüsselkonzept zur Identifizierung nicht therapierbarer Patienten?

Im Rahmen der wissenschaftlichen Diskussion über gefährliche Straftäter spielt international das auf Cleckley (1941/1976) zurückgehende „Psychopathy“-Konzept eine große Rolle. Der „Psychopath“ gilt als ein Mensch, den u.a. folgende Eigenschaften und Verhaltenstendenzen als einen unliebsamen Zeitgenossen qualifizieren: manipulatives Verhalten, oberflächlicher Scharm, Mangel an Mitgefühl und Schuldgefühl, pathologisches Lügen, parasitärer Lebensstil, polytrope Kriminalität u.a.m. Die Identifizierung entsprechend gefährlicher Psychopathen oder besser „psychopaths“ soll mit der Psychopathy-Checkliste PCL-R erfolgen (Hare et al. 1991). Psychopathy gilt auch als ein Merkmal, welches eine Vorhersage des Nutzens (sozial-) therapeutischer Maßnahmen erlaubt. Therapie ist bei solchen Personen angeblich nicht nur ineffektiv, sondern sogar geeignet, ihre Gefährlichkeit noch zu erhöhen (Rice et al. 1992)¹⁵. Damit stellt sich die Frage, ob das Psychopathy-Konzept nicht ein brauchbarer Ansatz ist, Maßregelpatienten zu identifizieren, die trotz längerer stationärer Therapie gefährlich bleiben.¹⁶

Gehen wir von den Ergebnissen unserer Studie aus, so sind die Therapeutinnen und Therapeuten des Maßregelvollzugs hiervon kaum überzeugt. Den Urteilern wurden 26 mögliche Gründe einer fehlenden Entlassungsperspektive vorgelegt, die gemäß ihrer Bedeutung für den beurteilten Einzelfall einzuschätzen waren (0 = unwichtig, 3 = sehr wichtig). In der Gesamtgruppe erzielte das Item „Ausmaß an ‚Psychopathy‘ (i.S.v. Hare)“ den zwölften Platz (Mittelwert 1,09 entspricht „etwas wichtig“). Der Abstand zum unwichtigsten Item (0,04)

¹⁵ Die Studie ist ein gutes Beispiel dafür, dass fragwürdige Forschung viel Beachtung erhalten kann, wenn die Ergebnisse Erwartungen entsprechen und ins politische Klima passen. Evaluiert wurde eine „therapeutische Gemeinschaft“, in der Kriminelle sich selbst überlassen waren und keines der Merkmale realisiert wurde, die erfolgreiche Behandlungsprogramme auszeichnen (zu diesen Merkmalen z.B. Hollin 1999).

¹⁶ So äußert auch Kröber (1998, 21) die Vermutung, dass zunehmend entsprechende Persönlichkeiten in den Maßregelvollzug eingewiesen würden – „chronisch antisoziale, oft durchaus intelligente, gerissene und skrupellose Straftäter mit oft erheblicher narzisstischer Ausstrahlung“.

war geringer als der zum wichtigsten (2,87). In der Teilgruppe der entwicklungsgestörten Patienten wird immerhin der sechste Platz erreicht (1,56), ebenso in der kleinen Gruppe (n = 20) mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Dissoziale Störung“ (1,75).

Den Urteilern erscheint somit „Psychopathy“ nicht völlig bedeutungslos, doch wird dem Konstrukt nicht zentrale Bedeutung bei der Identifikation „nicht Therapierbarer“ beigemessen. „Psychopathy“ ist derzeit ein wissenschaftliches Modethema und erlebt einen Boom wie seinerzeit zum Beispiel das „Burnout-“ oder das „Borderline-Syndrom“. Das Konzept passt in das kriminalpolitische Klima und befriedigt das Bedürfnis nach einfachen Erklärungsmustern, nach einer Individualisierung, ja Biologisierung komplexer Problemfelder. Die Zusammensetzung der im Psychopathy-Konzept aufgeführten Persönlichkeitsmerkmale wirkt seltsam willkürlich, und sie erfolgte bei Cleckley auch gar nicht mit dem Ziel der Vorhersage kriminellen Verhaltens. Ihm ging es um die Definition eines eigenständigen Krankheitsbildes, doch wird ein solches Konzept durch die Eigenschaften der Psychopathy-Checkliste eigentlich nicht gestützt.¹⁷

Die in der Psychopathy-Checkliste aufgelisteten Aspekte „passen“ nur in wenigen Fällen zur Klientel der Maßregelpatienten, bilden die bei diesen häufig bestehenden Risikofaktoren nicht adäquat ab. In der Terminologie von Dahle (2000) fehlt es dem Verfahren an Spezifität im Hinblick auf die Zielgruppe des Maßregelvollzugs. Insofern erscheint es angemessen, dass in unseren Daten eine Zurückhaltung gegenüber dem nordamerikanischen Konzept deutlich wird.

Man muss konzедieren, dass in einigen Untersuchungen einfache Checklisten wie die PCL-R eine bessere Vorhersage erneuter Straffälligkeit erreichten als klinisch-psychiatrische Beurteilungen (Grove et al. 2000). Urbaniok (2003) erklärt dies mit einer unzureichenden Datenbasis der letzteren. In diesem Zusammenhang warnte schon Rasch (1985b) vor einer gefährlichen Kriterienreduktion bei der prognostischen Einschätzung von Patienten. Im Behandlungsprozess treten persönlichkeitspezifische und interaktionelle Aspekte in den Vordergrund, während man historische Merkmale und die Informationsquelle „Delikt“ oft aus dem Auge verliert. Sowohl Dahle (2000) als auch Urbaniok (2003) beschreiben die fundierte kriminalprognostische Beurteilung als eine komplexe Aufgabe, die hohe Anforderungen stellt und vielfältige Kenntnisse und Kompetenzen erfordert. Einfache Checklisten (wie die PCL-R)¹⁸ können zur Vollständigkeit der Datensammlung beitragen; sie ermöglichen aber nur in

¹⁷ In der wissenschaftlichen Debatte werden umständliche Diskussionen darüber geführt, ob die Zusammenhänge zwischen den in der Psychopathie-Checkliste enthaltenen Merkmalen am besten auf zwei oder drei faktorielle Dimensionen zurückzuführen sind (Warren et al. 2003). Auf der Grundlage einer aktuellen Untersuchung kommen Borchard u.a. (2003) zu der Einschätzung, dass die Psychopathy-Checkliste zwar eine gewisse Vorhersage straffälligen Verhaltens ermöglicht, jedoch kein psychologisch-psychiatrisches Diagnoseinstrument darstellt.

¹⁸ Die Psychopathie-Checkliste ist einer der wenigen eigenständigen Versuche, Persönlichkeitsmerkmale von Menschen zu beschreiben, die eine tief verwurzelte Tendenz zu rücksichtslosem und ausbeuterischem Verhalten aufweisen. Allgemeine Persönlichkeitsdimensionen sind viel zu unspezifisch,

Einzelfällen die Zuordnung zu einer statistischen Extremgruppe und damit eine relativ sichere Vorhersage (vgl. Grubin 1997).

Bleibt zusammenfassend festzustellen, dass in der Gruppe der nicht entlassbaren Patienten „Psychopathy“ entsprechend der nordamerikanischen Definition nicht das dominierende Problem darstellt und dass Checklisten eine differenzierte klinisch-prognostische Beurteilung nicht ersetzen können.

$V = f\{P \times U\}$

Verhalten ist eine Funktion von Person und Umwelt. Dies ist eine behaviorale Basisformel, der im Kontext von Prognose und Behandlung erhebliche Bedeutung zukommt. Nach Dahle (2000) leitet sich aus ihr die Schwierigkeit ab, menschliches Verhalten über längere Zeiträume vorherzusagen: zwar lassen sich stabilere Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensdispositionen recht zuverlässig erfassen, doch ist nur sehr begrenzt vorhersehbar, mit welchen Umweltbedingungen ein Mensch längerfristig konfrontiert ist¹⁹.

Doch gilt gerade für das Feld psychiatrisch-stationärer Behandlung, dass die therapeutischen Bemühungen sich oft nicht nur auf „P“ beziehen, sondern dass man bemüht ist, auch auf „U“, auf den Empfangsraum des Patienten und seine Lebensumstände, Einfluss zu nehmen. In der Allgemeinpsychiatrie wurde vor 30 Jahren noch recht undifferenziert über „Drehtürpatienten“ geklagt (die nach zweimonatiger medikamentös begleiteter Klinikverwahrung ihr Leben noch immer nicht im Griff hatten). Die Psychiatriereformbewegung hat die Entwicklung gemeindenaher Strukturen der Betreuung und Nachsorge angestoßen, was durchaus als Kontrolle von „Umgebungsbedingungen“ im oben genannten Sinne verstanden werden kann: betreutes Wohnen, Tagesstätten, Sozialpsychiatrische Zentren und beschützte Arbeitsplätze schaffen Nischen für psychisch gefährdete Menschen, denen ohne solche Hilfestellungen immer wieder die Hospitalisierung droht.

Die Konzeptualisierungen forensisch-psychiatrischer Behandlung beziehen sich noch immer stark auf „P“, auf Aspekte der Persönlichkeit und ihrer Pathologie. Auch in einigen Angaben, die die befragten Therapeuten im Rahmen dieser Erhebung zu den Voraussetzungen einer Entlassung machten, deutet sich dies an. Bisweilen wird jahrelang an Symptomen gearbeitet, die das Klinikumfeld mit aufrechterhält (Antriebsarmut, Fehlen einer realistischen Zukunftsplanung u.ä.). Das Bewusstsein, dass in vielen Fällen die entscheidenden Interventionen sich

um entsprechendes Verhalten effektiv vorhersagen zu können. Außerdem hat sich die Persönlichkeitsforschung bei der Entwicklung von Beurteilungsverfahren überwiegend auf Selbstbeschreibungen von Probanden gestützt, was natürlich unsinnig ist, wenn es gerade um die Vorhersage unehrlichen und manipulativen Verhaltens geht.

¹⁹ Dabei lässt Dahle nicht außer acht, dass manche Persönlichkeiten alltägliche Bedingungen in einer pathologischen Weise verarbeiten oder eine ausgeprägte Tendenz haben, problematische „kriminogene“ Umgebungen aufzusuchen, was dann u.U. relativ sichere prognostische Einschätzungen ermöglicht.

auf die Mitgestaltung der Lebensumstände des Patienten beziehen müssen, hat jedoch in den letzten Jahren zugenommen.

Totale Institutionen wie der Maßregelvollzug haben ihre eigene schwerfällige Dynamik. Es wurde in der Vergangenheit auch schon vor einer „gefährlichen Tempobeschleunigung“ in der forensischen Therapie gewarnt (Rüther 1990). Wahrscheinlich ist die Gefahr jedoch größer, dass bei jahrelanger Verwahrung Ressourcen von Patienten auf der Strecke bleiben. Im Erleben der Mitarbeiter geht eine längere Unterbringungsdauer eher mit einem Mehr an Hospitalisierungsschäden als an therapeutischem Ertrag einher (Schalast 1998). Bisweilen ist schon in den ersten Wochen der Unterbringung absehbar, dass der Patient eines betreuen- den Umfeldes und spezifischer Kontrollen bedarf und dann nur noch sehr begrenzte Risiken von ihm ausgehen.²⁰ Zu einer qualifizierten Eingangsdiagnostik gehört es daher, (im Sinne von „criminological needs“) Notwendigkeiten der Einflussnahme auf „U-Bedingungen“ frühzeitig zu klären und auf diese dann kontinuierlich und beharrlich hinzuarbeiten. Mit der Fixierung auf P-Faktoren erhöht man die Zahl der „nicht therapierbaren“ Patienten.

Erfolgreiche Behandlung = gute Möglichkeit der Handhabung verbleibender Risiken

Konzepte der ambulanten und stationären sowie auch kombinierten Nachsorge für Forensikpatienten haben inzwischen ein beachtliches fachliches Niveau erreicht (vgl. Bargfrede 1999, Freese 2003 a, Seifert, Schiffer & Leygraf 2003). Wichtige inhaltliche Aspekte bestehen in der Vernetzung der beteiligten Helfer und Institutionen (runde Tische, Helferkonferenzen), einer offenen Kommunikation der Beteiligten unter Einbeziehung des Patienten und gut überlegten und geplanten Strategien zur individuellen Krisenintervention. Dies trägt zu einer ausgesprochen geringen Rückfallquote bei entsprechend betreuten ehemaligen Maßregelpatienten bei (Freese 2003 b). Die Systematisierung der Zusammenarbeit forensischer Klinikambulanzen mit Trägern der Nachsorge fördert bei letzteren auch die Bereitschaft, (ehemalige) Maßregelpatienten in ihre Arbeit einzubeziehen (Dönisch-Seidel & Hollweg 2003).

Die Nachsorgeangebote freier Träger betreffen allerdings vor allem psychisch kranke Patienten im engeren Sinne. Bei diesen gibt es relativ gute Möglichkeiten, eine Destabilisierung und damit einhergehend eine Zunahme des Delinquenzrisikos zu erkennen und angemessen zu intervenieren. Merkmale wie Exazerbation der psychotischen Symptomatik, Alkohol- und Drogenkonsum, zunehmende Depressivität, Zusammenbruch der Tagesstruktur oder vermehrte verbale Aggressionen können auf das Risiko erneuter Gewalttätigkeit hinweisen und sollten Anlass zu einer Krisenintervention sein (Freese 2003 b).

²⁰ Psychisch kranke Forensikpatienten, die aufgrund der Überfüllung der Spezialeinrichtungen in der Allgemeinpsychiatrie aufgenommen wurden, haben wahrscheinlich bessere Chancen, relativ bald in Nachsorgestrukturen übergeleitet zu werden. Es wäre interessant, dies näher zu untersuchen.

Für normal intelligente Menschen mit einer komplexen Persönlichkeitsstörung gibt es, jedenfalls in der Bundesrepublik, kaum erprobte Modelle, diese in adäquate Modelle der Nachsorge einzubinden. Mit betreutem Wohnen, wie es im Rahmen gemeindepsychiatrischer Versorgung angeboten wird, ist solchen Patienten nicht geholfen. Auch sind gängige Einzelpsychotherapiesettings von begrenztem Nutzen. Es erfordert sehr spezifische Kompetenzen, diese Patienten persönlich zu erreichen und zu einer ernsthaften Mitarbeit zu motivieren. Dissoziale Persönlichkeitsanteile erschweren den Aufbau therapeutischer Arbeitsbeziehungen und bringen ein gewisses Risiko der Täuschung durch den Patienten mit sich.

Es wäre ausgesprochen sinnvoll, die Erkenntnisse der neueren kriminologischen, verhaltenstherapeutischen sowie auch pharmakologischen Forschung in die Entwicklung neuer Nachsorgestrukturen einfließen zu lassen (vgl. Briken et al. 2000, Elsner 2001). Leider ermutigt das kriminalpolitische Klima derzeit in keiner Weise zu innovativen Projekten und Experimenten²¹. Wenn es mit entsprechendem Aufwand gelänge, 95 Prozent der ambulant behandelten Patienten zu stabilisieren, so könnten Einrichtungen doch durch seltene schwerwiegendere Rückfälle unter ungeheuren Druck geraten.

Insofern sind die Restrisiken bei Patienten mit komplexen Persönlichkeitsstörungen schwerer steuerbar als bei den im engeren Sinne psychiatrisch kranken Patienten. Folge ist, dass letztere Gruppe seit Jahren deutlich günstigere Entlassungschancen hat und damit „besser therapierbar“ erscheint. Katamnestische Befunde lassen erkennen, dass es bei persönlichkeitsgestörten Patienten tatsächlich schwieriger ist, verbleibende Risiken zu steuern und zu kontrollieren. In der Gruppe der rückfälligen Maßregelpatienten sind persönlichkeitsgestörte Patienten gegenüber psychisch Kranken i.e.S. stets überrepräsentiert (Jockusch & Keller 2001, Seifert, Bolten & Möller-Mussavi 2003). Doch sind auch bei ersteren die Rückfallquoten erheblich niedriger als bei vergleichbaren Gruppen von Haftentlassenen (vgl. Leygraf 1998)!

Der Aspekt der Klinikbedingungen

Bei der Einschätzung der Ursachen geringer Entlassungsperspektiven durch ihre Bezugstherapeuten zeigte sich, dass Patientenmerkmalen wesentlich größere Bedeutung beigemessen

²¹ Der Verfasser begutachtete vor einiger Zeit einen jungen Bauingenieur, der innerhalb von zwei Jahren sechs Frauen überfallen und durch Messerstiche zum Teil lebensgefährlich verletzt hatte. Die Taten waren Folge einer sadistisch-perversen Entwicklung, der Täter war primärpersönlich eher übersozialisiert, sexuell verklemt, hoch identifiziert mit elterlichen Normen, dabei leistungsfähig und oberflächlich kontaktfähig. Er wies keinerlei dissoziale Tendenzen und keinerlei Suchtmittelaffinität auf. Man hätte überlegen können, diesen Patienten nach einer Diagnosephase – dann allerdings *sehr* langfristig - in einem teilstationären Setting zu behandeln, eventuell abgesichert durch eine anti-androgene Depotmedikation. Stattdessen ist zu befürchten, dass er langfristig geschlossen verwahrt bleibt und einige Generationen von Therapeuten an ihm vorbeiziehen. Dank seiner guten Intelligenz könnte er sich zu einem „schwierigen“ Patienten entwickeln, der die Mängel der Institution erkennt, sich wehrt und im Lauf der Jahre immer „unmotivierter“ erscheint.

wird als Merkmalen der Institution. Eine solche Gewichtung hat die Methodik der Untersuchung allerdings nahegelegt. Die Therapeuten/innen waren aufgefordert worden, über je einen Patienten zu berichten, an dessen Beispiel das Problem „Fortdauer der Gefährlichkeit nach längerer Therapie“ besonders gut aufgezeigt werden kann. Sie haben daher sicherlich einen Patienten gewählt, dessen Persönlichkeit und Krankheit oder Störung besonders schwerwiegende Behandlungsprobleme aufwirft. Das Ergebnis bedeutet nicht, dass die Kliniktherapeuten die Ressourcen ihrer Abteilungen als ausreichend erachten.

Aspekte der Unterbringungssituation werden in diesem Bericht nicht eingehend dokumentiert, gerade auch weil sie als nachrangig eingeschätzt wurden. Es seien allerdings die folgenden Befunde erwähnt: Ein Viertel der Patienten hat mindestens sechs Stationswechsel erlebt (Maximum 17!), ein Viertel der Patienten hat mindestens sechs Wechsel der therapeutischen Bezugsperson überstanden (Maximum 20!), ein Viertel der Patienten befindet sich auf einer Station mit mindestens 22 Betten (Maximum 36!).

Es soll hier nur einmal der Aspekt der Stationsgröße etwas näher beleuchtet werden. Schon frühere Befunde des Verfassers haben die Bedeutung dieses Parameters für das Stationsklima und das Erleben der Beteiligten unterstrichen. In einer Untersuchung zur Arbeitsbelastung im Maßregelvollzug zeigte sich, dass die Beschäftigten die Tätigkeit auf kleineren Stationen als erfolgreicher erleben, sich sicherer fühlen und die Stationen als wohnlicher beschreiben. Entsprechend geben sie dort auch eine höhere Arbeitszufriedenheit an (Schalast 1995, S. 162).

In den Ergebnissen der vorliegenden Studie findet sich ein interessanter Zusammenhang mit der Stationsgröße. Es wurde nämlich erfragt, in welchem Umfang Patienten sich an therapeutischen Aktivitäten beteiligten (siehe Erhebungsbogen im Anhang). Die Beteiligung korrelierte weit deutlicher mit der Stationsgröße als mit dem Umfang des Angebotes, und zwar negativ! Auf größeren Stationen waren Patienten im Durchschnitt weniger in Behandlungsaktivitäten involviert ($r = -0.25$, $p < 0,01$).

Die Forderung, dass Patienten in überschaubaren Gruppen behandelt werden sollten, ist in der Vergangenheit oft gestellt worden (vgl. Driebold et al. 1984, Pöppe 1991). Was der Schritt von einer 10 zu einer 14-Bettenstation bedeutet, machen Klinikplaner, die primär Kostenaspekte im Auge haben, sich wohl häufig nicht klar. Die folgende Abbildung (Abb. 7) versucht, die Komplexität des sozialen Systems Station in Abhängigkeit von der Stationsgröße bzw. der Anzahl beteiligter Personen zu veranschaulichen. Dargestellt ist die Anzahl der Zweierkonstellationen zwischen Beteiligten in Abhängigkeit von der Bettenzahl der Station, wobei der jeweiligen Anzahl von Patienten noch einmal 50 % therapeutisch-pflegerische Bezugspersonen zugeschlagen werden (tatsächlich sind noch deutlich mehr Beschäftigte in die Betreuung der Patienten involviert).

Dabei ergeben sich für eine 6-Bettenstation (zzgl. 3 Beschäftigten) 36, für eine 18er-Stationen (zzgl. 9 Beschäftigten) 351 mögliche Zweierkonstellationen. Gehen wir vom Extremfall in dieser Erhebung, einer 36-Bettenstation, aus, so ergeben sich beim gleichen Berechnungsmodus **1.431** mögliche Zweierkonstellationen zwischen Beteiligten. In einem solchen sozialen Sys

tem sollen dann Patienten mit schweren Sozialisationsschäden „gesunden“, die zum Teil in kinderreichen Familien vernachlässigt waren, wechselnde Bezugspersonen erlebt oder Heimerziehung genossen haben. In der Gruppenpsychotherapie gilt je nach Schule eine Teilnehmerzahl von 6 – 12 als optimal. Man bedenke auch, vor welche Aufgabe ein Supervisor gestellt ist, der einmal im Monat eine Doppelstunde lang die sozialen Prozesse auf der Station transparent machen soll. Auf großen Stationen ist das praktisch nicht möglich²².

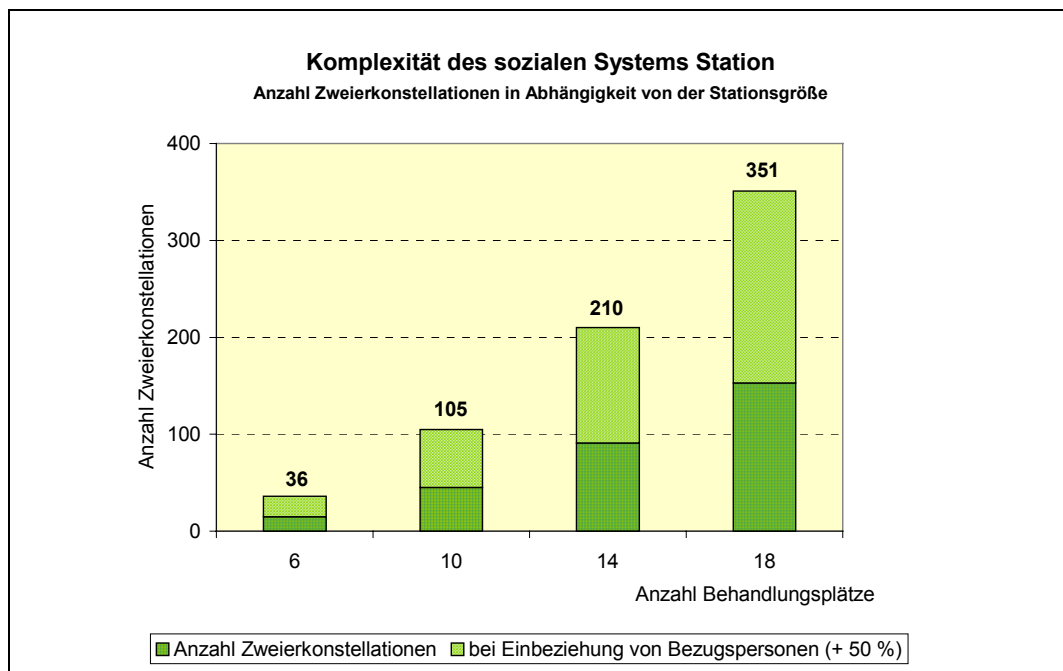


Abb. 7: Komplexität des sozialen Systems Station in Abhängigkeit von der Stationsgröße. Rechnet man der Bettenzahl nur 50 % therapeutisch/pflegerische Bezugspersonen hinzu, so ergeben sich bei 6 Plätzen 36 und bei 18 Plätzen 351 mögliche Zweierkonstellationen der Beteiligten.

In den vom Land NRW geplanten neuen Kliniken sind grundsätzlich Stationen mit 18 Plätzen geplant. Unter therapeutischen Gesichtspunkten wären Stationen mit 8 bis 12 Plätzen wünschenswert. Allerdings sehen die Pläne des Landes vor, jede Station als ein Tandem zweier Wohngruppen mit je neun Plätzen zu gestalten. Es bleibt zwar dabei, dass die Behandlungsteams unter solchen Bedingungen für eine zu große Patientenzahl zuständig sind. Doch lassen sich die Auswirkungen abmildern, indem in die Organisation der Stationen wohngruppenbezogene Elemente implementiert werden (z.B. Selbstverpflegung innerhalb der Gruppen mit eigener Küche, gruppenbezogene Aktivitäten, Bezugspersonensystem). Spezifische Behandlungsmodule in Kleingruppen können stationsübergreifend (ziel- und störungsorientiert) organisiert werden.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass auf der Grundlage der in diesem Projekt erhobenen Daten die Bedeutung der jeweiligen Klinikressourcen im Hinblick auf die Problematik

²² J. Muysers meinte zu diesem Problem in einem Gespräch: „Auf einer Station mit 8 Betten weiß das Team, was zwischen den Patienten passiert, bei 16 Plätzen ist das nicht mehr der Fall.“

erfolgloser Behandlungsverläufe nicht sicher eingeschätzt werden kann. Die Daten liefern einige Anhaltspunkte dafür, dass die therapeutischen Bedingungen in etlichen Fällen alles andere als optimal waren. Die Stationsgröße ist ein wichtiger (Wirk-) Faktor, dessen Bedeutung in alle planerischen Überlegungen einfließen sollte.

Überlegungen zu Regelungsvorschlägen

Gemäß den geltenden strafrechtlichen Bestimmungen ist ein Täter im psychiatrischen Krankenhaus unterzubringen, dem wegen einer psychischen Krankheit oder krankheitswertigen Störung erheblich verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) oder gar Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) zugebilligt wird und der aufgrund seiner Störung weiterhin gefährlich ist. Das Gericht hat zu den Voraussetzungen der Unterbringung einen Sachverständigen zu hören (§ 246 a StPO). Wer daraus schließt, dass sich im Strafvollzug ganz überwiegend psychisch gesunde Straftäter befinden, muss eines Besseren belehrt werden. Der Anteil psychisch kranker und gestörter Menschen im Strafvollzug ist erheblich (vgl. Konrad 2000). Besonders häufig finden sich unter Strafgefangenen Persönlichkeitsstörungen, und durchaus nicht nur vom dissozialen Typus (Fädrieh & Pfäfflin 2000). Letztlich finden sich weitaus mehr Täter mit schweren Persönlichkeitsstörungen im Strafvollzug als im Maßregelvollzug. Sicherlich gibt es eine Kerngruppe kranker Täter, bei denen nach einem schweren Delikt die Unterbringung gem. § 63 StGB sehr wahrscheinlich ist, aber bei anderen Gruppen sind die Ermessensspielräume groß, und es hängt durchaus von Zufälligkeiten des Verfahrens ab, ob auf verminderte Schuldfähigkeit erkannt wird und eine Unterbringung erfolgt.

Im Hinblick darauf ist es eigentlich ein Unding, dass derzeit im Urteil einer Strafkammer eine irreversible Zuordnung zu Straf- oder Maßregelvollzug erfolgt und dass die therapeutische Ansprechbarkeit („the ability to benefit from treatment“, Cohen & Eastman 2000) für die Frage der Unterbringung keine Bedeutung hat. Dies heißt ja in der Konsequenz, dass die einen mit hohem Aufwand – ggf. über Jahrzehnte – behandelt werden, auch dann, wenn diese Behandlung sie nicht erreichen bzw. stabilisieren kann, und dass die anderen weitgehend verwahrt werden, auch wenn therapeutische Zuwendung bei ihnen sehr fruchtbar wäre. Die Forderung einer stärkeren Durchlässigkeit der Systeme Straf- und Maßregelvollzug drängt sich geradezu auf

Man kann diese Problematik jedoch auch aus einer ganz anderen Perspektive diskutieren:

Wir finden in den westlichen Gesellschaften seit Jahren die Tendenz einer Abnahme der Plätze in psychiatrischen Kliniken bei gleichzeitiger Ausweitung des Strafvollzugs. Torrey (1995) schätzte schon für das Jahr 1993 die Anzahl von Menschen mit einer schweren psychiatrischen Störung (Schizophrenie oder „major affective disorder“) in amerikanischen Gefängnissen auf über 160 000. Die „Inkarzerierungsquote“ ist dort seither noch erheblich angewachsen (Gunn 2000). Für Dänemark zeigen Kramp & Gabrielsen (2003) einen deutlichen Zusammenhang auf zwischen einem Abbau stationär-psychiatrischer Versorgungsstrukturen und einer Zunahme der Kriminalitätsgefährdung psychiatrisch gestörter Menschen. Als man in Schweden feststellte, dass aufgrund des Abbaus der geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen Behandlungsplätze für psychisch gestörte Straftäter fehlten, wurde kurzerhand

das Strafgesetzbuch geändert und wurden die Voraussetzungen einer psychiatrischen Unterbringung strenger gefasst (Kullgren & Holmberg 1996).

Deregulation und der Abbau von Sozialsystemen gehen also mit der Tendenz einher, dass psychisch gestörte und kranke Menschen zunehmend dem Strafvollzugssystem überlassen werden. Es ist zu befürchten, dass eine stärkere „Durchlässigkeit“ von Straf- und Maßregelvollzug vor allem in einer Richtung genutzt würde. Justizvollzugsanstalten würden als *„Entsorgungsinstanz für unkooperative, therapeutisch (zur Zeit) nicht erreichbare oder institutionsstörende Patienten“* (Konrad 2002, S. 116) in Anspruch genommen. Eine Diskussion über psychisch kranke Strafgefangene, bei denen fälschlich auf Schuldfähigkeit erkannt wurde, findet kaum statt.²³ Mit der Einführung der Möglichkeit, Patienten in den Strafvollzug zu verlegen, ergäben sich neue Möglichkeiten, Kapazitätsprobleme in den Anstalten zu managen und Risiken zu verschieben. Es stellt sich die ausgesprochen schwierige Frage, wie man eine entsprechende Regelung konzipiert, ohne eine neue Runde im „Abschiebespiel“ (Rasch & Burghardt 1985) zu eröffnen.

Primäre Begrenzung der Unterbringung gemäß § 63 StGB?

Kröber (2001) diskutiert die Frage einer primären zeitlichen Begrenzung der Unterbringung gemäß § 63 StGB bei vermindert Schuldfähigen auf zum Beispiel zwei Jahre (mit Möglichkeit einer Verlängerung unter fachlich-therapeutischen Gesichtspunkten). Er argumentiert dabei u.a. mit der Zunahme der Zahl der Unterbringungsanordnungen und warnt zu Recht davor, dass die Überfüllung der Kliniken Fortschritte in der fachlich-therapeutischen Ausrichtung von Stationen gefährde. Er verbindet seinen Regelungsvorschlag mit der Hoffnung, dass *„eine solche zeitliche Vorgabe die Behandlung deutlich beflügeln würde, weil man dann ganz im Gegenteil zu jetzt keine Zeit zu verlieren hätte“* (S. 164). Hier ist wohl der Wunsch Vater des Gedankens. Angesichts des Druckes, unter dem die forensisch-psychiatrischen Einrichtungen stehen, wäre eher damit zu rechnen, dass man sich vieler prognostisch unklarer Fälle auf diesem Wege frühzeitig entledigte.

Ob durch eine primäre zeitliche Begrenzung der Unterbringung eine Entlastung der Kliniken überhaupt erreicht würde, ist zudem nicht sicher. Es wäre nämlich nicht ausgeschlossen, dass es zu einem erheblichen Anstieg der Einweisungsquoten käme. Im Moment ist die Schwelle für die Anordnung einer Unterbringung gemäß § 63 StGB hoch, gerade weil es sich um eine einschneidende und potentiell sehr langfristige Maßnahme handelt. Eine erhebliche Zahl ziemlich gestörter Täter wird „gesund gesprochen“ und in den Strafvollzug diagnosti-

²³ Koepsel (1993) wies einmal kritisch auf die Tendenz hin, dass psychisch erheblich gestörte oder kranke, aber schwierige Straftäter „gesundgeschrieben“ werden, um sie von den forensischen Kliniken fernzuhalten.

ziert.²⁴ Es ist zu befürchten, dass eine zeitliche Limitierung der § 63-Unterbringung der Bereitschaft erheblich zuträglich wäre, in Grenzfällen auf verminderte Schuldfähigkeit und einen Behandlungsversuch zu erkennen. Man denke nur an die vielen Sexualstraftäter in sozialtherapeutischen Abteilungen des Strafvollzugs. Der § 63-Maßregelvollzug würde sich zu einer Maßnahme mit einer höheren „Durchlaufquote“ entwickeln, kaum aber mit höherer Behandlungseffektivität.²⁵

Rechtspolitiker werden sich wahrscheinlich ohnehin schwer tun mit der Forderung nach einer zeitlichen Limitierung der Unterbringung. Voraussetzung der Anordnung ist, dass ein Täter wegen einer nicht nur vorübergehenden Störung gefährlich ist. Es liegt gewissermaßen im Wesen der Bestimmung, dass die Maßnahme andauern kann, solange Störung und Gefährlichkeit fortbestehen.

Eine von der Bundesregierung eingesetzte Arbeitsgruppe zur Reform der §§ 63 ff StGB hat im Jahre 1997 einen Gesetzentwurf vorgelegt, in dem ebenfalls Überlegungen zur zeitlichen Befristung der Unterbringung thematisiert werden²⁶. In diesem Entwurf wird vorgeschlagen, in die Vorschrift zur Dauer der Unterbringung einen neuen Absatz einzufügen:

§ 67d III StGB-E:

„Die weitere Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus setzt das Gericht nach Ablauf von fünf Jahren zur Bewährung aus, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte aufgrund seines Zustandes außerhalb des Maßregelvollzuges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird.

Sind zehn Jahre der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte aufgrund seines Zustandes außerhalb des Maßregelvollzuges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. (...)“

Im Prinzip konkretisiert der Regelungsvorschlag den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, dessen Geltung auch für die Dauer der Maßregel das Bundesverfassungsgericht schon 1985 hervorgehoben hatte (siehe S. 9). Anlass der damaligen Entscheidung war die Verfassungsbeschwerde eines Forensikpatienten gewesen, der nach Verurteilung wegen schweren Diebstahls (Pelzmantel) elf Jahre untergebracht gewesen war. Es stellt sich die Frage, ob von der obigen Regelung unter den heutigen Bedingungen überhaupt eine nennenswerte Zahl von Patienten betroffen wäre. Die Bedeutung des Verhältnismäßigkeitsprinzips sollte sowohl den Klinikleitern als auch den Richtern der zuständigen Strafvollstreckungskammern bewusst sein. Betrachtet man allerdings die Ergebnisse unserer Untersuchung über „nicht entlassba

²⁴ Aus einem bedeutenden Institut für Forensische Psychiatrie wird mit einem gewissen Stolz berichtet, dass nach einem „Dynastiewechsel“ die Quote der gemäß § 21 StGB dekulpierten Probanden mehr als halbiert werden konnte (Gerstenfeld 2000).

²⁵ In gewisser Weise kann die Praxis des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB hier als abschreckendes Beispiel dienen.

²⁶ Der Gesetzentwurf wurde nicht veröffentlicht und das formelle Gesetzgebungsverfahren nicht eingeleitet, siehe Dessecker (2001) S. 137.

re“ Patienten, so wurde doch in einer Reihe von Fällen die Gefahr einer schwerwiegenden Straftat als niedrig eingeschätzt (siehe S. 50).

Insofern erscheint uns die von der ministeriellen Arbeitsgruppe vorgeschlagene Regelung sinnvoll, und zwar insbesondere Satz 1 des obigen Zitats. Dabei schlagen wir die Ergänzung „nach Ablauf von längstens fünf Jahren“ vor. Andernfalls besteht die Gefahr, dass ein Fünf-Jahres-Zeitraum als Regeldauer der Behandlung missverstanden wird. Auf Satz 2 könnte unseres Erachtens verzichtet werden. Satz 1 macht hinreichend deutlich, dass bei Prüfungen von Unterbringungen, die mehr als fünf Jahre andauern, die Verhältnismäßigkeit einer Fortdauer besonders streng zu prüfen ist.

Kopplung der Unterbringung vermindert schulfähiger Täter an die Aussichten einer Behandlung?

Naheliegend erscheint auch die Forderung, bei der Entscheidung über die Anordnung der Unterbringung die Behandlungsaussichten zu berücksichtigen. Die derzeitige Regelung geht von der Überlegung aus, dass Menschen, die erheblich krank oder gestört sind, in ein Krankenhaus gehören und nicht in ein Gefängnis. Man sollte jedoch bedenken, was eine Unterbringung im modernen Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB konkret bedeuten kann. Patienten befinden sich oft in hoch gesicherten und überbelegten Häusern, die wenig Möglichkeiten zur Gestaltung des Lebensalltags bieten. Die Lebenssituation mag noch erträglich sein, wenn die Betroffenen in Behandlungsprogramme eingebunden sind, Aussichten auf schrittweise Lockerungen und langfristig eine Entlassungsperspektive haben. Eine Langzeitverwahrung unter solchen Bedingungen stellt jedoch kaum eine Vergünstigung gegenüber der Unterbringung in einer gut organisierten Strafanstalt dar²⁷.

Es erscheint durchaus sinnvoll, bei der Entscheidung über die Anordnung der Unterbringung gemäß § 63 StGB in Verbindung mit § 21 StGB zu reflektieren, ob der Betreffende von einer qualifizierten Therapie zu profitieren vermag. In der Hauptverhandlung wäre dann zunächst zu klären, ob durch Behandlungsmaßnahmen die Gefährlichkeit eines Täters substantiell gemindert werden kann. Falls dies verneint wird, müsste im zweiten Schritt geprüft werden, ob er grundsätzlich haftfähig ist. Wenn dies bejaht wird, würde auf die Anordnung einer Unterbringung im Psychiatrische Krankenhaus verzichtet.

Diese Überlegung erscheint zwar schlüssig und zweckmäßig. Man darf jedoch nicht erwarten, dass auf diese Weise eine wesentliche Entlastung der Maßregelkliniken bewirkt und die

²⁷ Als externer Psychotherapeut hat der Verfasser längere Zeit einen Strafgefangenen betreut, der seine Haftsituation in folgender Weise gestaltet hatte: Sein Arbeitseinsatz erfolgte in einem Druckereibetrieb der Anstalt, wo er in eine verantwortliche Funktion tätig war. In der Freizeit war er als Küster im Kirchenraum der Anstalt tätig. Er nahm an einer Kunstgruppe teil und hatte mit einem anderen Gefangenen erfolgreich auf die Einrichtung eines Gesprächskreises für Sexualstraftäter unter psychologischer Leitung gedrängt. Gelegentlich wirkte er in der Redaktion der Gefangenenzeitung mit.

Quote „nicht therapierbarer“ Patienten erheblich vermindert werden kann. Die Einschätzung der Behandlungsaussichten, der „Fähigkeit, von Behandlung zu profitieren“, ist eine schwierige Aufgabe für Sachverständige. Erfahrungsgemäß weichen Psycho-Sachverständige in der Einschätzung des Einzelfalls erheblich voneinander ab. Dies hängt von ihrer eigenen therapeutischen Erfahrung und Orientierung, von ihrem Menschenbild und von ihrer Kenntnis spezifischer Patientengruppen ab.²⁸ Im Bereich der Unterbringung suchtkranker Straftäter (§ 64 StGB) hat das BVerfG in seinem Beschluss von 16. März 1994 versucht, die Anforderungen an die therapeutische Erreichbarkeit der Patienten zu erhöhen. Die vom Gericht gewählte Formel von der „hinreichend konkreten Aussicht“ auf einen Behandlungserfolg blieb jedoch gänzlich ohne die erwartete Wirkung. Wie schon erwähnt, ist die Zahl der Patienten, bei denen eine Beendigung wegen „Aussichtslosigkeit“ (i.S.v. § 67d Abs.5 StGB) erfolgt, seither nicht zurückgegangen, sondern auf wenigstens 50 % angestiegen. So sinnvoll die Berücksichtigung der Behandlungsaussichten bei der Unterbringung erscheint: eine sehr effektive Filterfunktion ist von entsprechenden gutachterlichen Einschätzungen der Behandlungsprognose nicht zu erwarten.

Möglichkeit der Beendigung wegen Aussichtslosigkeit?

Für die Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB gilt: wenn sich im Laufe einer Unterbringung zeigt, dass keine „hinreichend konkrete Aussicht besteht, den Süchtigen zu heilen oder doch über eine gewisse Zeitspanne vor dem Rückfall in die akute Sucht zu bewahren“²⁹, so beschließt die Strafvollstreckungskammer, dass die Unterbringung nicht weiter vollzogen wird. In der Regel kehren die Betroffenen dann zur Verbüßung ihrer Reststrafe in den Strafvollzug zurück. Würde die Unterbringung gemäß § 63 StGB (bei vermindert schuldfähigen Tätern) ebenfalls an eine positive Behandlungsperspektive gekoppelt, so läge es nahe, die „Beendigungsregelung“ hier analog anzuwenden. Die gesetzliche Möglichkeit einer Rückführung „untherapierbarer“ Untergebrachter in den Strafvollzug ist auch früher schon oft gefordert worden (Venzlaff & Schreiber 1981, zit. nach Maier et al. 2000). Selbst Volckart (1997) hat sich einmal bedauernd dazu geäußert, dass die derzeitige Rechtslage einen Wechsel von der Unterbringung gemäß § 63 StGB in die Sicherungsverwahrung ausschließt.

Unter erneutem Hinweis auf die Entwicklung im Bereich des § 64 StGB muss jedoch hervorgehoben werden, dass von solchen Regelungen keinesfalls nur einige wenige Patienten betroffen wären. Die Behandlung der meisten Patienten des Maßregelvollzugs ist eine schwierige Aufgaben. Rehabilitationsschritte gehen mit Unwägbarkeiten einher, denn es gehört zum Wesen jeder prognostischen Beurteilung, dass sie unsicher ist (Dahle 2000). So prägte Rasch (1985 b) in angemessener Weise die Formel vom „kalkulierbaren Risiko“ im Zusammenhang mit Lockerungs- und Aussetzungsentscheidungen. Die Kliniken stehen aber unter einem

²⁸ Viele „erfahrene psychiatrische Sachverständige“ verfügen selbst über keinerlei Erfahrung in der Behandlung psychisch kranker oder gestörter Straftäter.

²⁹ BVerfGE 91,1 – Beschl. v. 16.03.94, vorher § 67d(5) StGB

wachsenden Druck, *keinerlei* Risiken einzugehen. Vorkommnisse, die noch vor zehn Jahren niemanden interessierten, können einen Klinikleiter inzwischen in die Schlagzeilen bringen. Entweichungsstatistiken belegen einen enormen Zuwachs an äußerer Sicherheit (vgl. von der Haar 2002), doch können die seltenen verbliebenen Vorfälle einem Klinikleiter unverhofft zur Audienz bei der zuständigen Landesministerin verhelfen ³⁰.

Auf diesem Hintergrund wäre zu erwarten, dass eine Möglichkeit der Beendigung der Maßregel wegen „Aussichtslosigkeit“ – analog der Praxis bei süchtigen Straftätern – von den Einrichtungen extensiv in Anspruch genommen würde. Sicherlich die Hälfte der persönlichkeitsgestörten Patienten des § 63-MRV und nicht wenige der übrigen Patientengruppen wären betroffen. Dies ist sowohl aus der entsprechenden Praxis der Entziehungsanstalten als auch der sozialtherapeutischen Anstalten des Strafvollzugs abzuleiten (vgl. Kahlau & Otten 1991).

Aus rechtlicher Sicht wäre mit der Möglichkeit einer Beendigung der Unterbringung gemäß § 63 StGB „wegen Aussichtslosigkeit“ ein weiteres Problem verbunden: Eine entsprechende Entscheidung käme nur bei Patienten in Betracht, deren Gefährlichkeit trotz Behandlung fortbesteht. Wie wäre mit Ihnen in Strafhafte zu verfahren? Wenn die Länge des Freiheitsentzugs sich nicht am Strafmaß, sondern an der Gefährlichkeit orientierte, würde de facto ein neuer Zugang zur Sicherungsverwahrung eröffnet. Aufgrund der Vorgeschichte der betreffenden Personen – fortbestehende Gefährlichkeit nach erfolgloser Behandlung – wäre in solchen Fällen mit sehr langen Verwahrzeiten zu rechnen. Niemand würde das Risiko eingehen, einem Täter, der in einer hochspezialisierten Therapie gescheitert ist, noch einmal eine Chance zu geben. Und an dieser Stelle muss noch einmal an die Einschätzung von Rasch (z.B. Rasch & Burghardt 1985) erinnert werden, dass nur ein zwingender Behandlungsauftrag die Einrichtungen veranlasst, adäquate Behandlungsverfahren und Lösungen für schwierige Patienten zu entwickeln. Das kriminal- und sozialpolitische Klima verschafft dieser Mahnung neue Aktualität.

Einrichtung von Langzeitbereichen mit geringer Behandlungsintensität

In Fragen der Gestaltung des Maßregelvollzugs hat man in der Bundesrepublik, und besonders auch in Nordrhein-Westfalen, seit Jahrzehnten Anregungen beim TBS-System der Niederlande gesucht, wo die Behandlung psychisch kranker und gestörter Straftäter in gut ausgestatteten Einrichtungen mit differenzierter therapeutischer Methodik betrieben wurde (z.B. Wiertsema & Derks 1994). Doch hat auch dort in den letzten Jahren eine kritische Sicherheitsdiskussion eingesetzt; die Grenzen der therapeutischen Einflussmöglichkeiten wurden thematisiert und die Kosten des Behandlungssystems – in Verbindung mit erheblich gestiegenen Insassenzahlen – zunehmend als Problem gesehen. Die konsequente Handlungs-

³⁰ So berichtet von Rüdiger Müller-Isberner bei der Tagung „Forensik in der Vernetzung“ am 15.05.03 in Gießen.

ideologie scheint inzwischen einem „utilitaristisch-instrumentellen“ Ansatz gewichen zu sein: *„Hat Behandlung keinen Erfolg, hört man auf. Ist jemand weiterhin gefährlich, so wird er auf kostengünstigere Art verwahrt.“* (van Emmerik 2002, s.a. Lindemann 2001, Martens 2000).

Eine der zur Untersuchung des niederländischen Maßregelvollzugs eingerichteten Kommissionen hat in diesem Zusammenhang die Einrichtung sogenannter Longstay-Abteilungen angeregt, in denen nicht mehr das Ziel der „Gesundung“ und Rehabilitation der Insassen verfolgt wird. Die gesetzliche Regelung zur Unterbringung in einem solchen Bereich sieht vor, dass bei dem Betreffenden wenigstens zwei ernsthafte Behandlungsversuche von insgesamt mindestens sechs Jahren Dauer unternommen wurden und dennoch – auch nach Einschätzung des Expertengremiums „Centrale Raad van Strafrechtstoepassing“ (höchste Berufungsinstanz für TBS-Patienten) – die Gefahr erheblicher Straftaten fortbesteht (van Emmerik 2002, Perik 2002).

Eine erste Longstay-Abteilung wurde im TBS-Krankenhaus Veldzicht im Jahre 1999 mit zunächst 20 Plätzen in Betrieb genommen. Philosophie des Hauses ist, den Bewohnern innerhalb des geschlossenen Rahmens möglichst viel Selbständigkeit und Verantwortlichkeit zu belassen und ihr Wohlbefinden zu fördern. Sie nehmen an einem Arbeitsprogramm teil, und Ausgänge und Urlaube sind nicht grundsätzlich ausgeschlossen (wobei den meisten Bewohnern keine unbegleiteten Lockerungen gewährt werden). Den Bewohnern wird explizit mitgeteilt, dass ihr Problem ernsthafter Art und wahrscheinlich nicht zu behandeln sei (Lindemann 2001, Perik 2002). Inzwischen dürfte eine 40-Betten-Abteilung der Pompeclinic in Nijmegen in Betrieb gegangen sein.

Verbunden mit dem Konzept der Longstay-Abteilungen ist eine Minderung der Pflegesätze für TBS-Patienten, die sich länger als sechs Jahre in der Unterbringung befinden. Für Veldzicht wurde eine Erhöhung der Platzzahl von 20 auf 22 und eine Senkung der Mitarbeiterzahl von 20 auf 18 beschlossen. Der Pflegesatz sollte auf 50 Prozent des Regelsatzes gesenkt werden (Perik 2002).

Was die Schätzung des Bedarfs an Longstay-Plätzen betrifft, erscheint folgendes bemerkenswert: Wohl noch unter dem Eindruck eines umfassenden Behandlungsanspruchs ging man zunächst von einer sehr kleinen Patientengruppe, etwa **5 %** der Untergebrachten, aus (vgl. Rüther 1998). Perik (2002) spricht dann von 60 bis 120 Patienten, was an etwa **10 %** heranreicht. Van Emmerik 2002 geht davon aus, dass wohl 10 bis **20 %** der TBS-Patienten der Gruppe zuzurechnen seien, die auch nach längerer Behandlung fortdauernd gefährlich sei. Er erwähnte auch die Auswirkungen der reduzierten Tagessätze für Patienten, die mehr als sechs Jahre untergebracht sind. Es gebe inzwischen eine Menge Empfehlungen, Patienten, die vor zwei bis zweieinhalb Jahren aufgenommen wurden, in eine andere Klinik zu verlegen (weil für den Longstay-Status die – erfolglose - Behandlung in zwei Kliniken erforderlich ist). In der zweiten Klinik sei dann mit einer hohen Neigung zu rechnen, nach etwa drei Jahren die Verlegung in eine Longstay-Abteilung zu beantragen, da die Patienten sonst zum finanziellen Risiko würden.

Eines ist auch aus diesen Erfahrungen ablesbar: Es gibt kein objektives Patientenmerkmal „nicht behandelbar“. Es handelt sich bei solchen Patienten um eine schwer abgrenzbare Gruppe, deren Größe durch verschiedene äußere Parameter mitbestimmt wird. Dazu gehören das kriminalpolitische Klima und die ökonomischen Rahmenbedingungen eines Behandlungsvollzugs. Die in den Niederlanden eingeführte Kürzung der Pflegesätze für Langzeitpatienten hat offensichtlich mit sich gebracht, dass in Risikofällen relativ zügig die Verlegung in Longstay-Bereiche avisiert wird. Welche Auswirkungen auf die Kosten es letztendlich hat, wenn eine wachsende Gruppe unter den Patienten langfristig verwahrt wird, bleibt abzuwarten.

Überlegungen zur Einrichtung von Longstay-Abteilungen stoßen bei Praktikern des bundesdeutschen Maßregelvollzugs auf Interesse. Muysers (2002) erscheint die Unterbringung von Patienten in solche Bereiche unter zwei Voraussetzungen sinnvoll: 1. sollten ernsthafte Behandlungsversuche gescheitert sein und 2. die Patienten ein „geringes Änderungspotential“ erkennen lassen. Muysers beschreibt in ihrem Beitrag die Einrichtung einer relativ kleinen und wenig gesicherten Station unter sozialarbeiterischer Leitung, auf der im Wesentlichen eine Alltagsbegleitung stattfinden werde. Die Rückkehr auf eine behandlungsintensivere Station sowie auch die Teilnahme an stationsübergreifenden Behandlungsprogrammen sei nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Auch Osterheider (2002) beteiligt sich an der Debatte. Er kritisiert den Begriff „Longstay“ als unscharf und die Zielgruppe unter den Patienten als schwer abgrenzbar. Überlegungen hätten bisher eine unzulängliche Datenbasis. Kliniken sollten ihre Leistungen transparent machen und nachweisen, dass sie fachlich adäquate therapeutische Angebote vorhalten. „Therapeutische Entscheidungsraaster“ müssten objektivierbar und dokumentiert sein. Im Kontext differenzierter und spezialisierter Behandlungsangebote größerer Kliniken sei die Einrichtung von Longstay-Bereichen sinnvoll. Die Wiederaufnahme der Behandlung müsse möglich sein. Die Planung von Longstay-Bereichen dürfe nicht nur unter fiskalischen Gesichtspunkten erfolgen. Einsparpotentiale gebe es im Bereich der ärztlich-psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung, doch sei der Bedarf an Ergotherapie und tagesstrukturierenden Maßnahmen hoch. Eigenständige Longstay-Kliniken („Stand-alone-Lösungen“) werden vom Autor abgelehnt.

Osterheider thematisiert damit eine Unterscheidung, die bei der Konzeptualisierung von „Langzeitlösungen“ wichtig erscheint: Zum einen könnte man sich eigenständige Einrichtungen vorstellen. Der Verlegung in einen solchen Bereich müsste ein relativ formalisierter Entscheidungsprozess vorausgehen, wie dies in den Niederlanden jetzt praktiziert wird. Die Durchlässigkeit gegenüber therapieintensiven Bereichen wäre unter solchen Bedingungen naturgemäß gering. Die Betreibung entsprechender Häuser könnte nur ab einer bestimmten Größe ökonomisch erfolgen, und es wäre zu befürchten, dass sie einen ausgesprochen Verwahrungscharakter annähmen.

Das andere Extrem wäre, bei einer Differenzierung von therapeutisch-rehabilitativen Stationen und „milieuorientierten Langzeitstationen“ innerhalb bestehender Einrichtungen auf ein

formalisiertes Procedere der Zuweisung gänzlich zu verzichten. In gewisser Weise findet sich in großen forensischen Einrichtungen eine solche Differenzierung bereits. Es gibt in aller Regel Stationen, die eher auf Intensivbehandlung und solche, die eher auf Langzeitunterbringung ausgerichtet sind. Forensische Kliniken haben einen einheitlichen Pflegesatz, doch unterscheidet sich die personelle Ausstattung verschiedener Bereiche je nach ihrer therapeutischen Aufgabenstellung.

Ein unseres Erachtens sachgerechter Kompromiss wäre die Angliederung kleinerer „milieu-orientierter Langzeiteinrichtungen“ an bestehende forensisch-psychiatrische Einrichtungen. Diese Einrichtungen sollten eine begrenzte Eigenständigkeit besitzen. Es würde den Patienten oder Bewohner deutlich gemacht, dass ihr Aufenthalt dort nicht auf Behandlung und Rehabilitation ausgerichtet ist, sondern dass entweder ein therapeutisches „Time-out“ stattfindet oder der Aufenthalt langfristig angelegt ist. Die Verlegung in eine solche Einrichtung wird nicht streng formalisiert, es muss nicht – wie in den Niederlanden – die Zustimmung einer speziellen Kommission eingeholt werden (was dem Schritt ein besonderes Gewicht und einen Charakter von Endgültigkeit gibt). Doch wird dem Träger gegenüber die Entscheidung begründet, und die Vollstreckungsbehörde wird informiert. Der Patient sollte die Möglichkeit erhalten, gegenüber der zuständigen Beschwerdekommision und/oder gegenüber einem Patientenombudsmann des Landes Einwendungen gegen die Verlegung zu erheben.³¹ Die in einigen Maßregelvollzugsgesetzen schon vorgeschriebenen externen Begutachtungen zur Frage der Notwendigkeit der weiteren Unterbringung (in NRW alle drei Jahre) erscheinen im Zusammenhang mit Longstay-Unterbringungen besonders wichtig. Sie sollten dann regelmäßig auch zur Frage des Verbleibs im „Verwahrbereich“ und der Rückkehr auf eine Therapiestation Stellung nehmen.

Eine „abgeschwächte“ Longstay-Konzeption, welche Patienten nicht gänzlich aus dem Kontext einer therapieorientierten Institution ausgrenzt, könnte möglicherweise die verfassungsrechtlichen Bedenken mindern, die jede endgültige Maßnahme für „therapieunfähige“ Patienten aufwürfe. *„Wenn das Bundesverfassungsgerichts aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip das Verbot ableitet, den Menschen zwangsweise seiner Freiheit zu entkleiden, ohne dass diesem zumindest eine Chance verbleibt, je wieder der Freiheit teilhaftig zu werden, so muss es vor dem Hintergrund dieser Ausführungen als ausgeschlossen gelten, dem forensischen Patienten eine Vollzugsform zu oktroyieren, welche sich explizit und dauerhaft vom Gedanken der Wiedereingliederung abwendet“* (Lindemann 2002, S. 14).

Unter psychologisch-therapeutischen Gesichtspunkten erscheint es durchaus sinnvoll, einen Menschen nach längerer vergeblicher Behandlung – zumindest vorübergehend - in einen Rahmen zu bringen, in dem der Druck des Behandlungsauftrags von ihm und den beteiligten Mitarbeitern genommen wird. Frustrierende therapeutische Bemühungen, die von resig

³¹ Das Bemühen von Patienten, Behandlungsmotivation unter Beweis zu stellen, könnte neue therapeutischen Anknüpfungsmöglichkeiten liefern.

nierten Mitarbeitern ausgehen, sind nämlich nicht geeignet, neue Behandlungsmotivation und „Therapiehoffnung“ beim Patienten zu wecken. Ihn endgültig in einen solchen Rahmen zu bringen, erscheint jedoch nicht nur rechtlich untragbar, sondern auch psychologisch unsinnig im Hinblick darauf, dass – jedenfalls allgemein – alterstypische Veränderungen zu einer Minderung von Gefährlichkeit führen (vgl. Dahle 1998, Stevenson et al. 2003). Bei sehr langen Klinikaufenthalten stellt sich natürlich das Problem der Lebensuntüchtigkeit als Hospitalisierungsschaden. Eine solche, auch subjektiv empfundene, Lebensuntüchtigkeit kann aber auch die Bereitschaft wecken, Angebote stationärer Nachsorge wahrzunehmen.

Damit Longstay- bzw. soziotherapeutisch ausgerichtete Abteilungen nicht den Charakter von „Lebensversicherungsanlagen“ annehmen, erscheinen folgende Merkmale unabdingbar: überschaubare Größe; gute Möglichkeiten der Alltagsgestaltung innerhalb des Hauses; weitgehende Selbstversorgung in Wohngruppen für 6 bis 8 Patienten; großzügiger Außenbereich (Garten mit Betätigungsmöglichkeiten) und ein umfangreiches Arbeitsangebot.

Problemgruppe persönlichkeitsgestörte Patienten

Persönlichkeitsgestörte Patienten sind seit jeher die ungeliebten Kinder der Psychiatrie und auch der forensischen Psychiatrie. Der Sinn ihrer Unterbringung im Maßregelvollzug ist immer wieder in Frage gestellt worden, und von einer Erhöhung der „Durchlässigkeit“ zwischen Straf- und Maßregelvollzug bzw. einer Möglichkeit der Beendigung oder (Rück-) Verlegung in den Strafvollzug wären diese Patientengruppen am stärksten betroffen. Die Diskussion der Untersuchungsergebnisse wird daher abgeschlossen mit einigen Anmerkungen zu den beiden Gruppen der Persönlichkeitsgestörten mit und ohne Minderbegabung.

Normalintelligente Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Ein Ergebnis der Untersuchung ist, dass für persönlichkeitsgestörte Täter das Erreichen des Hauptschulabschlusses in der Vorgeschichte die Entlassungsaussichten zu mindern scheint. Das bedeutet: normalintelligente Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung haben eher noch ungünstigere Entlassungsaussichten als minderbegabte. Das Ergebnis mag auf den ersten Blick verwundern. Man ist doch eigentlich geneigt, Intelligenz als eine Ressource anzusehen, die die therapeutische Ansprechbarkeit und die Chancen sozialer Anpassung erhöhen müsste. In diese Richtung deuteten auch die Ergebnisse der eingangs zitierten niederländischen Studie zu Langzeitpatienten des TBS-Systems (van Emmerik 2002, siehe S. 14).

Doch gibt es für unseren Befund naheliegende Gründe.

- Normalintelligente Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung kommen am ehesten als sexuelle Gewalttäter in die Unterbringung, und kaum als Brandstifter oder Körperverletzer.³² Als Sexualstraftäter haben sie aber nun einmal eher schlechte Entlassungsaussichten.
- In der Terminologie der Psychoanalyse handelt es sich bei dieser Patientengruppe um solche mit intakten „instrumentellen“, aber defekten „kritischen Ich-Funktionen“. Das heißt, die Patienten sind recht fit in Bezug auf Wahrnehmung, Gedächtnis, schlussfolgerndes Denken, ihre Defizite liegen im Bereich der Selbstwertregulation, des Mitgefühls, des Vertrauens und der Frustrationstoleranz. Bestimmte stützende und pädagogische Interventionen, die bei manchen Patientengruppen für eine Stabilisierung wesentlich sein können, sind bei ihnen eher wirkungslos. Spezifische Straftaten haben Bedeutung für ihre Selbstwert- und Spannungsregulation, wobei innere Prozesse den Weg zum Rückfall bahnen. Dabei ist, gerade wegen ihrer zum Teil intakten Ich-Funktionen, eine Zunahme des Rückfallrisikos für Außenstehende oft nicht leicht erkennbar, die Patienten sind prognostisch „schwer zu berechnen“. Eine günstige Prognose erfordert sehr tiefgehende Wirkungen von Therapie (wie sie von den befragten Therapeuten auch als notwendig bezeichnet wurden), die nicht leicht zu erreichen sind. Es fehlt an adäquaten Modellen der Nachsorge gerade für diese Patientengruppe.
- Aus Sicht der Einrichtung kann die gute Intelligenz eines Patienten zu einem Belastungsmoment werden. Die Betreffenden beäugen ihr Umfeld oft ausgesprochen kritisch. Aufgrund ihrer schwierigen Biographien und ihrer konflikthafter inneren Vorstellungen von sich und anderen (Blanck & Blanck 1978) vermögen sie nur schwer zu vertrauen und fühlen sich schnell in negativen Erwartungen bestätigt. Der Zwangsrahmen des Maßregelvollzugs ist u.U. geeignet, paranoide und querulatorische Tendenzen zu verstärken.

Den Patienten, der einem landläufigen Begriff von Behandlungsmotivation entspricht – nach innen gerichtete kritische Wahrnehmung, Lokalisierung des Konfliktes in der eigenen Person und hoffnungsvolle Therapieerwartung – sucht man in der Forensik vergeblich. Gerade die Gruppe der normalintelligenten persönlichkeitsgestörten Patienten wäre von der Möglichkeit einer nachträglichen Beendigung der Maßnahme wegen Aussichtslosigkeit in hohem Maße betroffen. Man muss sich nur vorstellen, wie die Praxis bei entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen sich entwickelte, wenn die Sichtweise eines erfahrenen klinischen Praktikers wie Martens (2000) das Vorgehen bestimmte:

„Ein Patient, der nicht wirklich behandlungsmotiviert ist, ist offensichtlich in einem solchen Spezialkrankenhaus fehl am Platze. Ein spezielles Gefängnis für Langzeitpatienten wäre geeigneter für ihn. Das ist billiger, und es ist für alle Patienten eine Warnung, was passieren kann, wenn jemand nicht wirklich motiviert ist. Außerdem können dann teure Krankenhausplätze von wirklich motivierten Patienten eingenommen werden.“ (S. 391, Übers.: N. Sch.)

³² In unserer Gruppe der „Nicht Entlassbaren“ sind 73 % der Persönlichkeitsgestörten ohne Minderbegabung wegen eines gewalttätigen Sexualdelikts untergebracht, 12 der 37 Fälle sogar wegen eines sexuell motivierten Tötungsdelikts.

Ein „wirklich motivierter“ Patient mit einer dissozialen Störung, einer Borderline- oder narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist ein Widerspruch in sich. Selbst wenn ein Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt in hohem Maße behandlungsmotiviert erscheint, „Leidensdruck“ und „Änderungswunsch“ bekundet (vgl. Steller & Hommers 1977), so entfalten sich doch zwangsläufig seine problematischen Übertragungsbereitschaften im sozialen Kontext der Einrichtung und ist mit schwierigen und spannungsreichen Phasen der Behandlung zu rechnen. Zur Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung mit solchen Patienten hat es in den letzten Jahren wichtige Diskussionsbeiträge gegeben (Sachsse 1996, Herpertz 1999, Elsner 2001). Dabei gibt es zweifellos Patienten, die therapeutisch kaum erreichbar sind. Das Problem jedoch gänzlich als eines der „Motivation“, verstanden als Willenshaltung des Patienten, abzuhandeln entspricht einem vorwissenschaftlichen Verständnis.

Der Aufbau therapeutischer Arbeitsbündnisse setzt daher gerade bei dieser Gruppe eine ausreichende Zahl qualifizierter Mitarbeiter voraus. Die Patienten lassen sich nicht mit Alibiaktivitäten abspeisen, vielmehr müssen Therapeuten, die selbst einigermaßen motiviert sind, therapeutische Arbeitsformen überzeugend vertreten und umsetzen. Hier kollidieren nun die allgegenwärtigen Einsparbemühungen der Verwaltungen mit dem, was therapeutisch notwendig ist. Das Haltevermögen einer Station hängt auch von einer ausreichenden personellen Ausstattung ab. Auf unterbesetzten Stationen ist es schwierig, kritische Phasen des Behandlungsprozesses mit Patienten durchzustehen. Vielmehr wächst auf ihnen das Bedürfnis, „nicht wirklich motivierte“ Patienten loszuwerden.

Minderbegabte Patienten

Die Problematik begrenzter therapeutischer und rehabilitativer Möglichkeiten soll abschließend noch am Beispiel der Patienten mit Intelligenzdefiziten beleuchtet werden. In unserer Untersuchung (Phase II) war ein Viertel der erfassten Patienten hier zuzuordnen. Bei ihnen stellt sich praktisch regelmäßig das Problem, dass die Behandlungsfortschritte sich in Grenzen halten und die Unterbringung - natürlich in Abhängigkeit vom Risiko erheblicher Straftaten - langfristig angelegt sein muss. Der Forschungsstand diese Patienten und Behandlungsergebnisse betreffend ist vergleichsweise dürftig (Barron et al. 2002). Am ehesten wird noch über Ergebnisse bei adoleszenten (Sexual-) Tätern (Lindsay et al. 1999) und über Erfahrungen mit medikamentösen Interventionen (Cooper 1995) berichtet.

Diese Patientengruppe weist besonders häufig eine desolante Vorgeschichte mit einer Vielzahl von Belastungsfaktoren auf. In unserer Gruppe wird für über 80 % der Fälle von grobem Erziehungsversagen der Eltern berichtet. 56 Prozent der Patienten haben einen Heimaufenthalt erlebt, 44 Prozent sogar einen Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Genau einer von 36 Patienten hat einen Berufsabschluss erreicht, fast 90 % hatten im Jahr vor der Festnahme keine feste Partnerbeziehung. Bei etwa 70 Prozent der Patienten ist ein Sexualdelikt Anlass der Unterbringung.

Ein internes Papier des Landschaftsverbandes Rheinland, in dem aktuell die Versorgungsperspektiven für diese Patientengruppe diskutiert werden, weist u.a. auf folgende strukturelle Merkmale hin:

- Die Patienten haben in ihrer Entwicklung in vieler Weise Unverständnis, Zurückweisung und Ablehnung erlebt. Sie sind oft in einem Klima der Bedrohung aufgewachsen, haben gelernt, dass dem Nicht-Materiellen nicht zu trauen ist.
- Sie erbringen in Institutionen unter Umständen schnell Anpassungsleistungen, eignen sich die offiziellen und informellen Spielregeln an. Dabei bleiben sie in ihrer Verhaltensregulierung abhängig von äußeren Strukturen.
- Die Patienten erscheinen oft in hohem Maße mit dem Scheitern identifiziert, was sie in unterschiedlichsten Zusammenhängen erlebt haben. Sie erscheinen oft wie „immunisiert“ gegenüber Misserfolgserfahrungen, vermeiden auf diese Weise Enttäuschung und Niedergeschlagenheit.³³

In der bei diesen Patienten häufig bestehenden pädosexuellen Orientierung wird ein Entwicklungsrückstand deutlich und die Angst, sich emotional auszuliefern. Intimität kann am ehesten erlebt werden in einer Situation von Überlegenheit und Kontrolle.

Es gibt Überlegungen, gerade für forensische Langzeitpatienten dieser Gruppe, bei denen therapeutische Entwicklungsmöglichkeiten erschöpft scheinen, eine Art „geschlossenes heilpädagogisches Heim“ zu planen. Dabei stehen folgende Charakteristika zur Diskussion:

- die Patienten leben in kleinen Wohngruppen (n = 5);
- kustodiale Versorgung wird auf ein Minimum reduziert, die Patienten verpflegen sich selbst und halten ihren Lebensbereich selbst in Ordnung;
- Förderung erfolgt schwerpunktmäßig im Bereich Kulturtechniken und Arbeit;
- entsprechende Fachkräfte werden für die Bereiche Bildung und Arbeit eingestellt;
- auf psycho-, sozial- und sexualtherapeutische Behandlung im engen Sinne wird weitgehend verzichtet; die medizinische Versorgung erfolgt nach dem Hausarztprinzip;
- das Leben der Bewohner beschränkt sich auf die Institution, Kontakte nach draußen finden nur in Ausnahmen statt.

Bei der vorstehend skizzierten Einrichtung handelte es sich um ein „Longstay-Setting“ für den speziellen Bereich minderbegabter Langzeitpatienten des Maßregelvollzuges. Ein zweites Diskussionspapier beleuchtet die Problematik aus einer anderen Perspektive. Es geht aus vom Problem der Verhältnismäßigkeit einer langen Unterbringung³⁴, wenn die Risiken, die von einem Patienten noch ausgehen, eigentlich durch eine hochstrukturierte nachsorgende Betreuung aufgefangen werden könnten. Für solche Patienten sollten, so der Vorschlag,

³³ In Diagnoseschlüsseln schlägt sich dies nieder als „Unfähigkeit, aus Erfahrung zu lernen“. In Wirklichkeit ist kein Mensch unfähig, aus Erfahrung zu lernen (solange er nicht im Koma liegt). Es stellt sich nur die Frage, welche existentiellen Erfahrungen seinen Stil des Lernens und der Verhaltensregulation geprägt haben.

³⁴ bezugnehmend auf den schon zitierten Beschluss des BVerfG vom 8.10.1985 (vgl. S. 9).

heimartige Unterbringungsmöglichkeiten geschaffen werden, die grundsätzlich eine Betreuung in einem geschlossenen Rahmen ermöglichen. Es soll sich um Wohngruppen für bis zu zehn Bewohner handeln, die in größere heimartige Einrichtungen eingebunden sind, so dass halboffene und offene Unterbringungsformen erprobt werden können.

Die pädagogischen Zielsetzungen sollen sich an der Konzeption von Klinikabteilungen der sozialen Rehabilitation oder heilpädagogischer Heime orientieren. Das Papier diskutiert die an diesen Zielsetzungen orientierte Ausgestaltung der Wohngruppen. Die pädagogischen Entwicklungsziele erforderten Ausdauer und Toleranz, aber auch Grenzsetzungen und Beschränkungen. Von Bedeutung seien abgestufte ergotherapeutische Maßnahmen, von der zeitlich begrenzten Einzelbetreuung bis zur Beschäftigung in einer offenen Werkstatt für Behinderte. Die Wohngruppen sollten psychologisch oder pädagogisch geleitet werden. Die Kosten der Unterbringung sollten als Maßnahme der Wiedereingliederungshilfe gemäß § 39 BSHG finanziert werden.

In beiden Papieren werden Wege diskutiert, die derzeitigen Behandlungsabteilungen des Maßregelvollzugs von Patienten zu entlasten, bei denen man auch nach mehrjähriger Behandlung keine Möglichkeit sieht, sie in eine reguläre offene Nachsorgeeinrichtung zu entlassen. Das erste Papier konzipiert dabei „Longstay“ im engeren Sinne, also die Verlegung in eine Einrichtung des Maßregelvollzugs, in der nur noch in geringem Umfang therapeutische und pädagogische Förderung erfolgen soll. Entsprechend niedrige Personalschlüssel sind vorgesehen. Das zweite Papier hebt darauf ab, dass bei den Patienten nur kleine Lernfortschritte zu erwarten sind, was ein besonders „kleinschrittiges“ Vorgehen bei der Rehabilitation erfordere. Die Zielsetzung einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug wird jedoch nicht aufgegeben.

Uns erscheinen die Überlegungen des zweiten Papiers besonders schlüssig. In Anbetracht der speziellen Problematik der Patientengruppe droht bei ihnen jede Longstay-Lösung tatsächlich zur „Endlösung“ zu werden. Eine Perspektive stellt gerade für diese Patienten eine spezielle Gestaltung der „U-Bedingungen“ dar, eben ein hochstrukturiertes Lebensumfeld. In Nordrhein-Westfalen leistet inzwischen die Alltagspsychiatrie einen qualifizierten Beitrag zur forensisch-psychiatrischen Versorgung, vor allem für schizophrene Patienten (Schalast et al. 2003). Es sollte versucht werden, heilpädagogische Einrichtungen in der vorgeschlagenen Weise in die Rehabilitationsarbeit für minderbegabte Patienten des Maßregelvollzugs einzubeziehen.

Zusammenfassung

Dargestellt werden Ergebnisse eines zweistufigen Forschungsprojektes, welches die Problematik von Langzeitpatienten des § 63-Maßregelvollzugs (MRV) mit geringer Entlassungsperspektive untersuchte.

Im ersten Schritt wurde versucht, im Rahmen einer alle Einrichtungen des Maßregelvollzugs einbeziehenden Erhebung den quantitativen Umfang der Problematik einzuschätzen. Es ging konkret um die Frage, wie viele Patienten des MRV eine sehr geringe Entlassungsperspektive besitzen bzw. „nicht therapierbar“ erscheinen.

Die Fragestellung fand vielerorts eine kritische Resonanz. Die Rückmeldungen über die Anteile entsprechender Patienten streuten massiv – von null Prozent (häufig) bis zu einem Drittel (eine große Einrichtung). Ein Bundesland teilte pauschal mit, es gebe in den dortigen Maßregeleinrichtungen keine „nicht therapierbaren“ Patienten.

Die eigenen Ergebnisse führten, auch auf dem Hintergrund der Befunde und Sichtweisen anderer Autoren, zu der Schlussfolgerung, dass die Betrachtung eines „Patientenmerkmals Therapierbarkeit“ viel zu kurz greift. Eine objektive und empirisch gut begründete Aussage zur Anzahl „nicht behandelbarer“ Patienten im Maßregelvollzug ist nicht möglich. Die Perspektiven, die für und mit Patienten des Maßregelvollzugs entwickelt werden können, hängen auch ab vom kriminalpolitischen Klima in der Gesellschaft. Gefährlichkeitsprognosen stellen Wahrscheinlichkeitsaussagen dar, und Rehabilitationsschritte für Patienten gehen mit Restrisiken einher. Selbstverständlich gibt es Patienten, bei denen sich Lockerungen des Vollzugs und Rehabilitationsschritte sehr langfristig verbieten. Andererseits wird der Maßregelvollzug zu einer riesigen Longstay-Einrichtung, wenn man von den Kliniken verlangt, jedes verbleibende Risiko von vorne herein auszuschließen. Dies wird in der Gesellschaft, von Medien und politisch Verantwortlichen, jedoch immer deutlicher artikuliert.

Die von Patienten ausgehenden Risiken lassen sich auf verschiedenen Ebenen beeinflussen. Jegliche Therapie bewirkt dabei graduelle Veränderungen. Wichtige therapeutische Maßnahmen müssen sich auch auf eine Gestaltung und Kontrolle des Empfangsraums und der zukünftigen Umgebungsbedingungen beziehen, und zwar unter Umständen schon früh im Behandlungsprozess.

In der Allgemeinpsychiatrie ist dies inzwischen eine Selbstverständlichkeit. Den Maßregelvollzug betreffend gibt es aktuell eine rege Diskussion über qualifizierte Konzepte der ambulanten und stationären Nachsorge. State of the Art ist, dass Patienten ohne eine gut vorbereitete Nachsorge kaum noch aus der Unterbringung entlassen werden (was zu einem Rückgang der Entlassungszahlen vermutlich *auch* beigetragen hat). Erfolgreiche Behandlung bedeutet in diesem Sinne auch „gute Möglichkeiten der Kontrolle verbleibender Risiken“. Die Angebote der komplementären psychiatrischen Versorgungslandschaft sind dabei für die Bedürfnisse von im engeren Sinne psychiatrisch kranken Maßregelpatienten besser geeignet als für die im weiteren Sinne persönlichkeits- und entwicklungsgestörten. Dies trägt dazu bei, dass letztere seit längerem eher ungünstige Entlassungsaussichten haben.

Dabei ist ein wichtiger allgemeiner Befund der Erhebung, dass Patienten mit geringer Entlassungsperspektive sich grundsätzlich aus allen diagnostischen und Deliktgruppen des Maßregelvollzugs rekrutieren. Es gibt keine Teilgruppe, auf die man sich bei der Auseinandersetzung mit der Problematik beschränken könnten.

Schon bei der Planung der ersten, auf die quantitative Einschätzung der Problematik abzielende, Untersuchungsphase war ein zweiter Untersuchungsschritt vorgesehen, bei dem Hintergründe näher beleuchtet werden sollten. Im Rahmen dieser zweiten Erhebung baten wir Therapeutinnen und Therapeuten in Maßregelkliniken (vor allem Ärzte und Psychologen) darum, über einzelne Patienten zu berichten. Es sollte sich um Patienten handeln, die seit wenigstens fünf Jahren untergebracht waren und bei denen eine sehr geringe Entlassungsperspektive gesehen wurde, und zwar aufgrund fortbestehender Gefährlichkeit. Als bescheidenes Ziel wurde formuliert, begründete Hypothesen über die Ursachen der Problematik zu formulieren.

Die zweite Anfrage hatte eine durchweg positive Resonanz. Die Datenerhebung erfolgte durch unseren Mitarbeiter Klaus-Hartmut Behr vor Ort. Für insgesamt 136 Patienten im ganzen Bundesgebiet wurde mit den Therapeutinnen und Therapeuten der recht umfangreiche Erhebungsbogen bearbeitet (Anhang). Teile dieses Erhebungsbogens waren angelehnt an die Methodik der Projektgruppe Seifert, Bolten & Möller-Mussavi unseres Instituts, die bundesweit Daten über entlassene Patienten erhoben hat. Damit ergab sich die Möglichkeit, unsere Stichprobe mit einem Kollektiv von 322 Patienten zu vergleichen, die in den letzten Jahren aus der Forensik entlassen worden waren.

Bei Vergleich der beiden Gesamtgruppen zeigte sich, dass folgende Merkmale zu einer geringen Entlassungsperspektive beitragen: Patienten, deren Störung sich schon in Erziehungsproblemen sowie im Erwachsenenalter in Partnerproblemen manifestiert hat und die wegen eines Sexualdelikts verurteilt wurden, gehören eher zur Gruppe der nicht Entlassbaren. Weiterhin ist eine Alkohol- oder Drogenproblematik geeignet, die Entlassungsaussichten zu verschlechtern³⁵.

Beschränkt man sich auf die Gruppe der im engeren Sinne psychisch kranken Patienten, so stellen schwere Gewaltdelikte eigentlich kein Entlassungshindernis dar, sehr wohl jedoch ein Sexualdelikt als Anlass der Unterbringung. Auch für diese Patienten gilt, dass bei den nicht Entlassbaren häufiger auf gravierende Erziehungsprobleme hingewiesen wird. Generell gilt: je akuter die Störung bzw. Krankheit, die in den Maßregelvollzug führte, desto besser sind die Entlassungsaussichten.

Betrachtet man die Gruppe der im weiteren Sinne entwicklungs- und persönlichkeitsgestörten, so ist es ganz besonders das Etikett „Sexualstraftäter“, welches mit geringen Entlas-

³⁵ Dies war schon aus den Ergebnissen der Projektphase I abzulesen. Mangels systematischer Erfassung in der Vergleichsgruppe konnte der Parameter in den Regressionsanalysen nicht berücksichtigt werden.

sungschancen einhergeht. Normale Intelligenz (Hauptschulabschluss) verschlechtert die Perspektiven des Patienten eher zusätzlich.

Die Diskussion dieser Befunde ergibt, dass es sich hierbei nicht nur um Auswirkungen der primären Gefährlichkeit der Patienten handelt. Zu berücksichtigen ist auch, welche Konsequenzen es für eine Behandlungseinrichtung heutzutage hat, wenn es bei einem Sexualstraf-täter zu einem Deliktrückfall kommt. Entsprechende Ereignisse erhalten eine ungeheuerere Medienresonanz. Aktuelle Erkenntnisse zur behavioralen und medikamentösen Behandlung solcher Patienten könnten in innovative Nachsorgemodelle einfließen, doch ermutigt das gesellschaftliche Klima keineswegs zu solchen Projekten.

Auf diesem Hintergrund müssen auch die Patentlösungen diskutiert werden, die zur Bewältigung der Probleme des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB formuliert worden sind, unter anderem eine zeitliche Befristung, eine Knüpfung der Unterbringungsentscheidung an günstige Behandlungsaussichten (bei vermindert schuldfähigen Tätern) oder eine Möglichkeit der nachträglichen Beendigung wegen „Aussichtslosigkeit“. Bei näherer Betrachtung haben alle diese Lösungen einen Pferdefuß und sind geeignet, das Wesen der psychiatrischen Unterbringung kranker Täter sowie die Zweispurigkeit des Strafrechts in ihrem Wesen zu verändern.

Die Endgültigkeit der Weichenstellung in der Hauptverhandlung ist sicher sehr problematisch im Hinblick darauf, dass viele erheblich gestörte oder gar kranke Täter nur zu Straftat verurteilt werden, während etliche § 63-Patienten therapeutisch kaum erreichbar sind. Doch wie soll die seit Jahrzehnten geforderte Durchlässigkeit von Straf- und Maßregelvollzug angemessen geregelt werden? Vom Sinn einer grundsätzlichen zeitlichen Befristung bei einer Maßnahme, deren Anordnung eine überdauernde Störung voraussetzt, sind Rechtspolitiker vermutlich nicht leicht zu überzeugen. Weiterhin wäre damit zu rechnen, dass die Schwelle für die Anordnung der Unterbringung deutlich sänke, wenn es sich um eine primär zeitbegrenzte Maßnahme handelte, vergleichbar etwa mit der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Die Zahl der jährlichen Neuanoordnungen könnte ganz erheblich anwachsen. Die Berücksichtigung der Behandlungsaussichten (bei vermindert schuldfähigen Tätern) lässt sich sehr sinnvoll fordern, doch gibt es gravierende Gründe für die Annahme, dass entsprechende „sachverständige“ Einschätzungen an den Gegebenheiten in den Kliniken und der Zusammensetzung der Klientel nicht viel änderten. Von einer Regelung, die die Beendigung der Maßnahme wegen Aussichtslosigkeit ermöglichte, wären in praxi sehr viele Patienten betroffen (eben weil die Kliniken jegliches Risiko ausschließen sollen). Solche Patienten kämen demotiviert in den Strafvollzug, und wenn die Aufenthaltsdauer sich dort an ihrer Gefährlichkeit orientierte, wäre ein neuer – quantitativ sehr bedeutsamer - Zugang zur Sicherungsverwahrung eröffnet. Im Grunde hat Rasch's Diktum weiterhin Gültigkeit, dass es eines zwingenden Behandlungsauftrags bedarf, damit für und mit bestimmten Patienten Perspektiven entwickelt werden.

In der Diskussion unserer Ergebnisse setzen wir uns eingehend mit der aktuellen Debatte um Longstay-Abteilungen für Maßregelpatienten auseinander. Tatsache ist, dass der Klinikauf

enthalt für manche Patienten sehr langfristig angelegt sein muss und dass eine z.B. zwölfjährige intensive stationäre Behandlung im Grunde ein Widerspruch in sich ist. Darum halten wir es für überlegenswert, Abteilungen einzurichten, in denen Patienten vorübergehend oder längerfristig ohne einen dezidierten Behandlungs- oder Rehabilitationsanspruch leben. Wir stellen dabei dar, warum uns die völlige Ausgrenzung einer entsprechenden Abteilung aus einem behandlungsorientierten Klinikkontext unzweckmäßig - und auch rechtlich sehr problematisch - erscheint, und wir stellen Überlegungen an zur Ausgestaltung eines solchen Bereichs.

Abschließend gehen wir noch etwas näher auf die Probleme der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Patienten ein. Normalintelligente wären vermutlich in besonderem Ausmaße von einer Regelung betroffen, die eine Beendigung der Maßnahme wegen fehlender Behandlungsaussichten oder geringer „Therapiemotivation“ ermöglichte. Aufgrund ihrer kritischen Kompetenzen fordern sie die Behandlungsteams in besonderer Weise. Bei intellektuell behinderten Maßregelpatienten halten Behandlungsfortschritte sich generell in Grenzen und muss die Maßnahme fast immer langfristig angelegt sein. Wir finden die Argumentation überzeugend, dass gerade für diese Patienten hochstrukturierte stationäre Nachsorgeangebote konzipiert und solche Angebote – zum Beispiel im Rahmen heilpädagogischer Heime – als Maßnahme der Wiedereingliederungshilfe gemäß § 39 BSHG organisiert werden sollten.

Literatur

- Albrecht PA (1978) Aspekte des Maßregelvollzugs im psychiatrischen Krankenhaus. *MsschrKrim*, 61, 104-126.
- Andrews DA & Bonta J (1994) *The Psychology of Criminal Conduct*. Cincinnati, Ohio: Anderson.
- Bargfrede H (1999) *Enthospitalisierung forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Barron P, Hassiotis A & Baner J (2002) Offenders with intellectual disability: the size of the problem and therapeutic outcomes. *J Intell Disability Research*, 46(6), 454-463.
- Beier KM (1998) Verlaufsformen bei Dissexualität. In: Kröber & Dahle (Hrsg.) *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz*. Heidelberg: Kriminalistik Verlag, 71-85.
- Binsack H (1973) *Längsschnittuntersuchungen bei nach § 42b untergebrachten männlichen Anstaltspatienten*. Dissertation: Frankfurt/M.
- Blanck G & Blanck R (1978) *Angewandte Ich-Psychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Blau G (2001) Droht eine Verschärfung der Kapazitätsprobleme im Straf- und Maßregelvollzug durch das Gesetz vom 26.01.1998? In: Britz, Jung, Koriath & Müller (Hg.) *Grundfragen staatlichen Strafans*. München: C.H. Beck, 37-51.
- Borchard B, Gnoth A & Schulz W (2003) Persönlichkeitsstörungen und „Psychopathy“ bei Sexualstraftätern im Maßregelvollzug – SKID-II- und PCL-R-Befunde von Impulskontrollgestörten und Paraphilien. *Psychiat Praxis*, 30, 133-138.
- Briken P, Berner W, Noldus J, Nika E & Michl U (2000) Therapie mit dem LHRH-Agonisten Leuprorelinacetat bei Paraphilien und sexuell aggressiven Impulshandlungen. *Nervenarzt*, 71, 380-385.
- Cleckley H (1941/76) *The Mask of Sanity*. 1./5. Aufl., St. Louis: Mosby.
- Cohen A & Eastman N (2000) Needs Assessment for Mentally Disordered Offenders: Measurement of „Ability to Benefit“ and Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 177, 493-498.
- Cooper AJ (1995) Review of the Role of two antilibidinal drugs in the treatment of sex offenders with mental retardation. *Mental Retardation*, 33(1), 42-48.
- Dahle KP (1995) *Therapiemotivation hinter Gittern*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Dahle KP (1998) Straffälligkeit im Lebenslängsschnitt. In: Kröber & Dahle (Hg.) *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz*. Heidelberg: Kriminalistik-Verlag, 47-55.
- Dahle KP (2000) Psychologische Begutachtung zur Kriminalprognose. In: Kröber & Steller (Hrsg.) *Psychologische Begutachtung im Strafverfahren*. Darmstadt: Steinkopp, 77-111.
- Dessecker A (2001) Die Maßregel nach § 63 StGB bei verminderter Schuldfähigkeit – eine Beurteilung aus strafrechtlicher und empirischer Sicht. In: Kröber & Albrecht (Hg.) *Verminderte Schuldfähigkeit und psychiatrische Maßregel*. Baden Baden: Nomos, 129-146.
- Detter K (2000) Zum Strafzumessungs- und Maßregelrecht. *NStZ*, Heft 11, 578-582.
- Dönisch-Seidel U & Hollweg T (2003) Nachsorge und Wiedereingliederung von (bedingt) entlassenen Maßregelvollzugspatienten in NRW. *Recht & Psychiatrie*, 21(1), 14-17.
- Dönisch-Seidel U (2002) Editorial. *Recht & Psychiatrie*, 20(1), 2.
- Driebold R, Egg R, Quensel St & Schmitt G (1984) *Die sozialtherapeutische Anstalt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Duncker H (1988) Die totale Institution zwischen Therapie und Terror. *Fragmente*, 22, 70-81.
- Egg R (1999) Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. In: Egg R (Hg.) *Sexueller Missbrauch von Kindern – Täter und Opfer. Kriminologie und Praxis* Bd. 27. Wiesbaden: Eigenverlag der Kriminologischen Zentralstelle, 45-62.
- Elsner K (2001) Gruppenbehandlung von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug. In: Hoyer & Kunst (Hrsg.) *Psychische Störungen bei Sexualstraftätern. Diagnostik und Therapie*. Lengerich: Pabst.
- Externbrink D & Schmitz K (1991) Maßregelvollzug nach § 64 StGB. In: Reimer F (Hg.) *Maßregelvollzug im psychiatrischen Krankenhaus*. Reihe Forum Medizin. Neuss: Janssen GmbH, 111-128.
- Fehlenberg D (2003) Therapie und Sicherheit in den Zeiten von „Sicherheit vor Therapie“. *Recht & Psychiatrie*, 21(3), 145-153.
- Frädrich St & Pfäfflin F (2000) Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, 18(3), 95-104.
- Frädrich St & Pfäfflin F (2000) Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, 18(3), 95-104.
- Freese R (2003 b) Ambulante Versorgung von psychisch kranken Straftätern im Maßregel- und Justizvollzug – Analysen, Entwicklungen, Impulse. *R & P*, 21(2), 52-57.
- Freese R (2003a) Was brauchen entlassene Patienten des Maßregelvollzugs? Vortrag bei der Fachtagung „Forensik in der Vernetzung“ am 15.05.03, Klinik und Institut für Forensische Psychiatrie Haina.
- Fydrich Th, Schmitz B, Hennch Ch & Bodem M (1996) Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz, Fydrich & Limbacher (Hrsg.) *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 90 – 113.
- Gerstenfeld Ch (2000) Der Psychiater als Inquisitor. Die Bedeutung des Geständnisses für das Begutachtungsergebnis. *Monatsschrift für Kriminologie*, 83 (5), S. 280-289.
- Gretenkord L (1998) Verhalten im Maßregelvollzug und Legalprognose. In: Müller-Isberner & Gonzales-Cabeza (Hrsg.) *Forensische Psychiatrie – Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose*. Godesberg: Forum, 163-172.
- Grove W, Zald D, Lebow B, Snitz B & Nelson C (2000) Clinical vs. mechanical Prediction – a Meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19-30.
- Grubin D (1997): Predictors of Risk in Serious Sex Offenders. *British Journal of Psychiatry*, 170 (suppl. 32), 17-21.
- Gunn J (2000) Future Directions for Treatment in Forensic Psychiatry. *British J Psychiat*, 142, 332-338.
- Hall GCN (1995) Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 802-809.
- Herpertz S (1999) Schulenübergreifende Psychotherapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Saß & Herpertz (Hrsg.) *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme, 116-131.
- Hollin CR (1999) Treatment Programs for Offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22 (3-4), 361-372.
- Jockusch U & Keller F (2001) Praxis des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB. Unterbringungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. *MschKrim*, 84, 453-465.
- Kahlau F & Otten C (1991) Vorläufiger Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Effizienzkontrolle sozialtherapeutischer Maßnahmen in NRW“. *ZfStrVo*, 67-71.

- Kieser Ch & Fähndrich E (2003) Wie geht die „Versorgungspsychiatrie“ mit gewaltbereiten Patienten um? *Psychiatrische Praxis*, 30, 127-132.
- Koepsel K (1993) Psychisch krank, aber voll verantwortlich – der Straftäter von morgen? In: Leygraf, Volbert, Horstkotte & Fried (Hg.) *Die Sprache des Verbrechens – Wege zu einer klinischen Kriminologie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 139-147.
- Konrad (2000) Psychiatrie in Haft, Gefangenschaft und Gefängnis. In: Helmchen, Henn, Lauter, Sartorius (Hg.) *Psychiatrie der Gegenwart*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, Seite.
- Konrad N (2002) Zusammenarbeit im Straf- und Maßregelvollzug. In: Gaßmann R (Hg.) *Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug*. Freiburg: Lambertus, 101-119.
- Kramp P & Gabrielsen G (2003) Kriminalitet begået af psykisk syge 1977 – 1999. Udvikling, antal og årsager. *Ugeskrift for Læger*, 165, 2553–2556.
- Kröber HL (1998) Die Beurteilung der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“. In: Müller-Isberner & Gonzales Cabeza (Hrsg) *Forensische Psychiatrie – Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose*, 15-27.
- Kröber HL (2001) Psychiatrische Beurteilung der unbefristeten Maßregel nach § 63 StGB bei verminderter Schuldfähigkeit. In: Kröber & Albrecht (Hrsg.) *Verminderte Schuldfähigkeit und psychiatrische Maßregel*. Baden-Baden: Nomos, 147-168.
- Kullgren, G. & Holmberg (1996) The Swedish Forensic Concept of Severe Mental Disorder as Related to Personality Disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(2), 191-200.
- Leipziger K (2002) Stichtagserhebung § 63 StGB. Bezirkskrankenhaus Bayreuth.
- Leygraf N (1988) *Psychisch kranke Straftäter*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Leygraf N (1998) Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In: Kröber & Dahle (Hg.) *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz*. Heidelberg: Kriminalistik-Verlag, 175-184.
- Leygraf N (2000) Begutachtung der Prognose im Maßregelvollzug. In: Venzlaff & Foerster (Hg.) *Psychiatrische Begutachtung*. München, Jena: Urban & Fischer, 349-359.
- Leygraf N (2002) Verschiedene Möglichkeiten, als nicht therapierbar zu gelten. *Recht & Psychiatrie* 20(1), 3-7.
- Lindemann M (2002) Zur Vereinbarkeit gesonderter Longstay-Abteilungen im Maßregelvollzug mit den geltenden (verfassungs-) rechtlichen Vorgaben. *Recht & Psychiatrie*, 20(1), 8-16.
- Lindsay WR, Olley S, Baillie N & Smith AH (1999) Treatment of adolescent sex offenders with intellectual disabilities. *Mental Retardation*, 37(3), 201-211.
- Maier U, Mache W & Klein HE (2000) Woran krankt der Maßregelvollzug? Therapeutisch fragwürdige Aufenthalte psychisch kranker Rechtsbrecher im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt. *MschKrim*, 83(2), 71-90.
- Martens W (2000) What shall we do with untreatable forensic psychiatric patients? *Medicine and Law*, 19, 389-395.
- Martens W (2000) What shall we do with untreatable forensic psychiatric patients? *Medicine and Law*, 19, 389-395.
- Müller-Isberner R (1998) Prinzipien der psychiatrischen Kriminaltherapie. In: Müller-Isberner & Gonzales Cabeza (Hg.) *Forensische Psychiatrie*. Godesberg: ForumVerlag, 51-63.

- Muysers J (2002) Zur Inbetriebnahme einer „langfristigen Behandlungsstation“ in der forensischen Abteilung der Rheinischen Kliniken Langenfeld. *Recht & Psychiatrie*, 20(1), 21-22.
- Nedopil N & Müller-Isberner R (1995) Struktur- und Organisationsfragen im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB). *MschKrim*, 236-244.
- Nedopil N (1998) Folgen der Änderung des § 67 d II StGB für den Maßregelvollzug und die Begutachtung. *MschKrim*, 81(1), 44-47.
- Nedopil N (2002) Prognostizierte Auswirkungen der Gesetzesänderungen vom 26.01.1998 auf die Forensische Psychiatrie und was daraus geworden ist. *MschKrim*, 85(3), 208-215.
- Nowara S & Behr KH (2001) „Nicht therapierbare“ Patienten im Maßregelvollzug nach § 63 StGB – Zwischenbericht April 2001. Landschaftsverband Rheinland: Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen.
- Osterheider M (2002) Longstay-Abteilungen – Vorbedingungen, Möglichkeiten und Begrenzungen. *Recht & Psychiatrie*, 20(1), 17-20.
- Pöppe R (1991) Sind die Strukturen in forensischen Abteilungen noch situationsgerecht? *Kerbe*, 2, 20-21.
- Quinsey V, Harris GT, Rice ME & Cormier CA (1998) *Violent Offenders. Appraising and Managing Risk*. Washington, DC: APA.
- Rasch W (1984) Krank und/oder kriminell? Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) Pressestelle Münster.
- Rasch W (1985a) Nachruf auf die sozialtherapeutische Anstalt. *Bewährungshilfe*. 32, 319-329.
- Rasch W (1985b) Die Prognose im Maßregelvollzug als kalkulierbares Risiko. In: Schwind HD (Hrsg) *Festschrift für G. Blau*. Berlin, New York: de Gruyter, 309-325.
- Rasch W (1986) *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.
- Rasch W (1989) Sozialtherapie im Maßregelvollzug - Die psychiatrische Lösung. *Monatsschrift für Kriminologie*, 72(2), 115-121.
- Rasch W & Burghardt A (1985) Ausgrenzung der psychisch kranken Straftäter in Sonderkliniken - Ende des Abschiebespiels? *Psychiat Praxis*, 12, 73-77.
- Rice ME, Harris GT & Cormier CA (1992) An Evaluation of a Maximum Security Therapeutic Community for Psychopaths and Other Mentally Disordered Offenders. *Law and Human Behavior*, 16(4), 399-412.
- Ritzel G (1978) Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher. *Habilitationschrift*: Göttingen.
- Rüther N (1990) Lockerungen im Maßregelvollzug - ein therapeutisches Instrument? Die Gratwanderung zwischen Behandlung und Sicherung. In: de Boor, Frisch & Rode (Hrsg) *Zur Problematik von Vollzugslockerungen und bedingten Entlassungen bei Aggressionstätern*. Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Heft 12, Köln: Wienand, 68-80.
- Rüther W (1998) Internationale Erfahrungen bei der Behandlung von Sexualstraftätern. *MschKrim*, 81(4), 246-262.
- Sachsse U (1996): *Die traumatisierte therapeutische Beziehung. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 32, 350-365.
- Schalast N (1995) *Stress, Belastung und Beanspruchung im Maßregelvollzug und in der Allgemeinpsychiatrie*. Dissertation: Technische Universität Braunschweig.

- Schalast N (1998) Die Erfolgserwartung der Mitarbeiter als Qualitätsaspekt. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 5(1), 175-191.
- Schalast N (1999) Maßregelvollzug – Medien – Klinikprojekte. In: Wiegand W (Hrsg.) *Der Maßregelvollzug in der öffentlichen Diskussion*. Münster: Votum, 20-25.
- Schalast N, Balten A & Leygraf N (2003) Zur Unterbringung forensischer Patienten in der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenarzt*, 74, 252-258.
- Schernus R (1997) Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Psychotherapie. In: Eink M (Hrsg) *Gewalttätige Psychiatrie - Ein Streitbuch*. Bonn: Psychiatrieverlag, 39-53.
- Schorsch E, Galedary G, Haag A, Hauch M & Lohse M (1985) *Perversion als Straftat*. Berlin, Heidelberg ...: Springer.
- Schüler-Springorum H et al. (1996) Gutachten der unabhängigen Expertenkommission „Sexualstraftäter im Maßregelvollzug“. *MschKrim*, 79(3), 147-201.
- Seifert D & Leygraf N (1997) Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Psychiat. Prax.*, 24, 237-244.
- Seifert D (1994) Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen. Projektbericht im Auftrag des MAGS des Landes NRW. Institut für Forensische Psychiatrie an den Rheinischen Kliniken Essen.
- Seifert D, Bolten St & Möller-Mussavi S (2003) Gescheiterte Wiedereingliederung nach Behandlung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) oder: Wie lassen sich Rückfälle verhindern? *MschKrim*, 86, 127-137.
- Seifert D, Jahn K & Bolten S (2001) Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose. *Fortschr Neurol Psychiat*, 69, 245-255.
- Seifert D, Schiffer B & Leygraf N (2003) Plädoyer für die forensische Nachsorge. *Psychiatrische Praxis*, 30, 1-7.
- Slade M & Priebe St (2001) Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *British Journal of Psychiatry*, 179, 286-287.
- Steller M & Hommers W (1977) Zur Behandlungsmotivation von Delinquenten. *MschKrim*, 60(5), 279-285.
- Stevenson J, Meares R & Comerford A (2003) Diminished Impulsivity in Older Patients with Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 160, 165-166.
- Torrey EF (1995) Jails and Prisons, America's new mental Hospitals. *Am J Public Health*, 85, 1611-1613.
- Trunk K (1936) Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten als Sicherheitsmaßnahme. *Zeitschrift für Psychische Hygiene*, 9, 245-256.
- Urbaniok F (2001) Das Züricher PPD-Modell, ein modernes Konzept der Zusammenarbeit von Justiz und Psychiatrie. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 8(2), 37-67.
- Urbaniok F (2003) Der Therapie-Risiko-Evaluations-Test (TRET). *Kriminalistik*, 169-179.
- van den Berg A (2001) Managen in de forensische psychiatrie kann gevaarlijk zijn. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56, 1161-1172.
- van Emmerik JL (2001) De Terbeschikkingstelling in Maat en Getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995 – 2000. Ministerie van Justitie – Dienst Justitiele Inrichtingen, Afdeling Informatieanalyse en Documentatie.
- van Emmerik JL (2002) Long term patients with a TBS Order in the Netherlands: Definition, Size of the Problem, Patient Characteristics, and Developments. Paper presented at the XXVIIth International Congress on Law and Mental Health, Amsterdam.

- Volckart B (1997) Praxis der Kriminalprognose. Methodologie und Rechtsanwendung. München.
- Volckart B (1998) Die Aussetzungsprognose nach neuem Recht. *Recht & Psychiatrie*, 16(1), 3-11.
- von der Haar M (2001) Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Ergebnisse der bundesweiten Erhebung, Ausgabe 2000. (Nieders. Landeskrankenhaus Wunstorf, Fachabtlg. Bad Rehburg.)
- von der Haar M (2002) Therapie im Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen. In: Gaßmann R (Hg.) Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug. Freiburg: Lambertus: 145-165.
- Webster CD, Harris GT, Rice ME, Cormier C & Quinsey VL (1994) The Violence Prediction Scheme: Assessing Dangerousness in High Risk Men. Toronto: University of Toronto, Centre of Criminology.
- Wiegand W (1999, Hrsg.) Der Maßregelvollzug in der öffentlichen Diskussion. Münster: Votum.
- Wiertsema H & Derks F (1994) Organisational Aspects of Residential Forensic Treatment. *Therapeutic Communities*, 15 (4), 247-254.

Anhang

Erhebungsbogen „Patienten mit geringer Entlassungsperspektive“

Basisdaten:

1. **Probanden-Nr.** _____
2. **Alter (in Jahren)** _____
3. **Geschlecht** _____
(1=weiblich, 2=männlich)
4. **Familienstand** _____
1=ledig
2=verheiratet/in fester Partnerschaft lebend
3=geschieden/getrennt lebend
4=verwitwet
9=unbekannt
5. **Rechtsgrundlage der Unterbringung** _____
1=erstmalige Unterbringung gemäß § 63 StGB
2=Widerruf nach **primärer** Aussetzung (§ 67b StGB)
3=Widerruf nach bedingter Aussetzung (§ 67g StGB)
4=erneute Unterbringung gemäß § 63 StGB
5=Widerruf nach bedingter Entlassung **und** erneuter § 63 StGB
6=andere, sonstige Rechtsgrundlage

Vorgeschichte

6. **Vollständigkeit der Primärfamilie** _____
2=Patient ist durchgängig mit beiden Eltern aufgewachsen
1= Patient ist durchgängig mit einem Elternteil aufgewachsen
0=Instabilität der Elternbeziehungen
8. **Heimaufenthalt vor dem 14. Lebensjahr?** _____
0=trifft nicht zu
1=trifft zu
9=nicht bekannt
9. **Kinder- u. Jugendpsychiatrie vor dem 14. Lebensjahr?** _____
0=trifft nicht zu
1=trifft zu
9=nicht bekannt
10. **Körperliche Misshandlung in der Primärfamilie** _____
0=trifft nicht zu
1=trifft zu, ohne Verletzungsfolgen
2=trifft zu, mit Verletzungsfolgen
9=nicht bekannt
11. **Sexueller Missbrauch in der Kindheit?** _____
0=trifft nicht zu
1=trifft zu, durch Außenstehenden
2=trifft zu, innerfamiliär
9=nicht bekannt

12. Schulabschluss

(mindestens Hauptschulabschluss erworben?)

0=nein

1=ja

9=nicht bekannt

13. Schulbildung

(lt. Schlüssel Nr. 5)

14. Berufsabschluss

(regulär erworben, nicht in JVA/MV)

0=nein

1=ja

9=nicht bekannt

15. Berufsqualifikation

(lt. Schlüssel Nr. 4)

16. Beruflicher Status im Jahr vor der Festnahme / Aufnahme

(stabiles Arbeitsverhältnis?)

0=nein

1=ja

9=nicht bekannt

17. Partnerschaft im Jahr vor der Festnahme / Aufnahme?

(stabile Partnerschaft?)

0=trifft nicht zu

1=trifft zu

9=nicht bekannt

18. Konflikthafte Partnerschaften?

(z.B.: bislang keine Sexualpartnerin, Promiskuität, meist mit Gewalt verbundene Beziehungen, homo-, hetero- oder bisexuelle Kontakte etc.)

0=trifft nicht zu, d.h. altersentsprechende psychosex. Entwicklung

1=trifft zu (→ bitte benennen)

.....

.....

9=nicht bekannt

Forensisch-psychiatrische Daten**19. Erste psychiatrische Auffälligkeit**

(im Alter von)

20. Alkoholprobleme in der Vorgeschichte?

0 = nein oder unerheblich

1 = Missbrauchsepisoden

2 = deutliche Missbrauchsepisoden oder Abhängigkeitssyndrom

21. Drogenprobleme in der Vorgeschichte?

0 = nein oder unerheblich

1 = Missbrauchsepisoden

2 = deutliche Missbrauchsepisoden oder Abhängigkeitssyndrom

- 22. Nichtforensische Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie?** _____
 (ohne Suchtentgiftung)
 1=ja
 0=nein
- 23. Erste dissoziale Auffälligkeit** _____
 (im Alter von)
- 24. Erste strafrechtliche Aburteilung** _____
 (im Alter von)
- 25. Anzahl früherer Aburteilungen** _____
- 26. Gesamtdauer bisheriger Haftaufenthalte** _____
 (in Monaten)

Unterbringung, Strafmaß, Diagnose

- 27. Zeit in *früheren* Unterbringungen** _____
 (§§ 63/64 StGB, Monate)
- 28. Schuldfähigkeit laut Urteil** _____
 1=vermindert
 0=aufgehoben
- 29. Strafmaß bei § 21 StGB** _____
 (in Monaten; lebenslänglich = 888)
- 30. Unterbringungsdelikte 1 u. 2** _____
 (lt. Schlüssel Nr. 1)
- 31. Einzel- oder Gruppendedikt** _____
 1=Einzeldelikt
 2=Gruppendedikt (bitte kurz erläutern)

 9=nicht bekannt
- 32. Falls Tötungsdelikt** _____
 0=kein Tötungsdelikt
 1=im Zusammenhang mit einem Sexualdelikt
 2=an einem nahen Verwandten bzw. Lebenspartner
 3=beides (1 und 2) trifft zu
 4=weder 1 noch 2 treffen zu
- 33. Falls Sexualdelikt bzw. Tötungsdelikt aus sexueller Motivation:** _____
Geschlecht des/der Opfer(s)
 0=trifft nicht zu
 1=weiblich
 2=männlich
 3=beides
- 34. Falls Sexualdelikt bzw. Tötungsdelikt aus sexueller Motivation:** _____
Alter des/der Opfer(s)
 0=trifft nicht zu
 1=trifft zu (→ bitte nennen, mit Opferanzahl und Tatzeitraum)

35. Falls Sexualdelikt bzw. Tötungsdelikt aus sexueller Motivation**Beziehung zum Opfer**

0=trifft nicht zu

1=verwandt

2=gut bekannt

3=flüchtig bekannt

4=unbekannt/zufällig

9=nicht zu ermitteln

36. Aktuelle Diagnose 1 u. 2

(lt. Schlüssel Nr. 2)

37. Falls eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde

(Klassifizierung entsprechend ICD-10 lt. Schlüssel Nr. 3)

Therapieverlauf**38. Anzahl der Stationswechsel****39. Stationsgröße (derzeitige Station)**

(Patientenzahl)

40. Anzahl Wechsel des/der Bezugstherapeuten(in)**41. Längste Dauer der Betreuung durch eine(n) Bezugstherapeuten(in)**

(Monate)

42. Lockerungsgrad des Patienten (derzeit)

1=gesichert

2=Einzelbegleitung

3=Gruppenausgang

4=Ausgang ohne Begleitung

5=urlaubsberechtigt

43. Höchster erreichter Lockerungsgrad**44. Problematische Vorkommnisse****44a. Alkoholmissbrauch (Anzahl Vorfälle)****44b. Drogenmissbrauch (Anzahl Vorfälle)****44c. Anzahl Entweichungen vom Ausgang etc.****44d. Entweichungen aus geschlossenem Bereich (Ausbruch)****44e. Neue Straftaten ohne Ermittlungsverfahren**

(Anzahl)

44f. Neue Straftaten mit Ermittlungsverfahren

(Anzahl)

(Bitte Vorkommnisse ggf. beschreiben, Straftaten nach Schlüssel 1 spezifizieren)

.....

.....

.....

45. Behandlungsaktivitäten

(Bitte ankreuzen)

Einzels psychotherapie

Angebot:	☐ wird nicht ...	☐ wird unregelmäßig ...	☐ wird regelmäßig angeboten
Teilnahme des	☐ darf oder kann nicht teilnehmen	☐ will nicht teilnehmen	
Patienten:	☐ nimmt unregelmäßig teil	☐ nimmt regelmäßig teil	

Gruppentherapie

Angebot:	☐ wird nicht ...	☐ wird unregelmäßig ...	☐ wird regelmäßig angeboten
Teilnahme des	☐ darf oder kann nicht teilnehmen	☐ will nicht teilnehmen	
Patienten:	☐ nimmt unregelmäßig teil	☐ nimmt regelmäßig teil	

Arbeits therapie

Angebot:	☐ wird nicht ...	☐ wird unregelmäßig ...	☐ wird regelmäßig angeboten
Teilnahme des	☐ darf oder kann nicht teilnehmen	☐ will nicht teilnehmen	
Patienten:	☐ nimmt unregelmäßig teil	☐ nimmt regelmäßig teil	

Gruppenaktivitäten

Angebot:	☐ wird nicht ...	☐ wird unregelmäßig ...	☐ wird regelmäßig angeboten
Teilnahme des	☐ darf oder kann nicht teilnehmen	☐ will nicht teilnehmen	
Patienten:	☐ nimmt unregelmäßig teil	☐ nimmt regelmäßig teil	

Pflegerische Betreuung / Bezugspflege

Angebot:	☐ wird nicht ...	☐ wird unregelmäßig ...	☐ wird regelmäßig angeboten
Teilnahme des	☐ darf oder kann nicht teilnehmen	☐ will nicht teilnehmen	
Patienten:	☐ nimmt unregelmäßig teil	☐ nimmt regelmäßig teil	

Kochen / Backen / Selbstverpflegung

Angebot:	☐ wird nicht ...	☐ wird unregelmäßig ...	☐ wird regelmäßig angeboten
Teilnahme des	☐ darf oder kann nicht teilnehmen	☐ will nicht teilnehmen	
Patienten:	☐ nimmt unregelmäßig teil	☐ nimmt regelmäßig teil	

Beschäftigungstherapie, Gestaltungstherapie

Angebot:	☐ wird nicht ...	☐ wird unregelmäßig ...	☐ wird regelmäßig angeboten
Teilnahme des	☐ darf oder kann nicht teilnehmen	☐ will nicht teilnehmen	
Patienten:	☐ nimmt unregelmäßig teil	☐ nimmt regelmäßig teil	

Sportaktivitäten / Sporttherapie

Angebot:	☐ wird nicht ...	☐ wird unregelmäßig ...	☐ wird regelmäßig angeboten
Teilnahme des	☐ darf oder kann nicht teilnehmen	☐ will nicht teilnehmen	
Patienten:	☐ nimmt unregelmäßig teil	☐ nimmt regelmäßig teil	

Sonstiges (bitte nennen): _____

Angebot:	☐ wird nicht ...	☐ wird unregelmäßig ...	☐ wird regelmäßig angeboten
Teilnahme des	☐ darf oder kann nicht teilnehmen	☐ will nicht teilnehmen	
Patienten:	☐ nimmt unregelmäßig teil	☐ nimmt regelmäßig teil	

Keine Therapieteilnahme / verweigert alles



ENTWICKLUNG / VERLAUF:

46. Im folgenden werden Sie gefragt, ob der Patient auf verschiedenen Gebieten im Laufe seines Klinikaufenthaltes **Fortschritte** erzielt hat. Wenn ein Aspekt für den Patienten von Anfang an kein großes Problem war, kreuzen Sie bitte nur ganz rechts an.

	guter Fort- schritt	mäßiger, aber deutlicher Fortschritt	schwacher oder gar kein Fortschritt	Ver- schlech- terung	war nie (großes) Problem
46.1) Kann der Patient den Konsum von Rausch- mitteln besser kontrollieren?	0	0	0	0	0
46.2) Hat sich die psychische Grundstörung des Patienten verbessert?	0	0	0	0	0
46.3) Hat sich die Grundstimmung des Patienten (Gedrücktheit oder Gereiztheit) verbessert?	0	0	0	0	0
46.4) Hat die Besonnenheit (Reflexivität) des Patienten zugenommen?	0	0	0	0	0
46.5) Hat sich die Aggressionskontrolle des Patienten verbessert?	0	0	0	0	0
46.6) Hat sich die Fähigkeit, soziale Bezie- hungen einzugehen, verbessert?	0	0	0	0	0
46.7) Hat der Patient gelernt, sich zumindest auf der Verhaltensebene anzupassen?	0	0	0	0	0
46.8) Ist die Belastbarkeit des Patienten (gegen- über Kritik, Streß, Frustrationen) größer geworden?	0	0	0	0	0
46.9) Ist es gegenüber seinem Delikt zu einer selbstkritischeren Einstellung gekommen?	0	0	0	0	0
46.10) Hat sich der Patient von seiner subkultu- rellen / delinquenten Identifikation distanziert?	0	0	0	0	0
46.11) Haben Mißtrauen oder Feindseligkeit des Patienten abgenommen?	0	0	0	0	0
46.12) Hat der Patient ein besseres Durchhal- tevermögen entwickelt?	0	0	0	0	0
46.13) Hat sich die Durchsetzungsfähigkeit des Patienten verbessert?	0	0	0	0	0
46.14) Hat der Patient gelernt, seine (ehemalige) Störung wahrzunehmen und ggf. zu akzeptieren?	0	0	0	0	0
46.15) Ist die Zukunftsplanung des Patienten mittlerweile im großen und ganzen realistisch?	0	0	0	0	0
46.16) Kann der Patient auch ohne festes Pro- grammangebot jetzt mit sich und seiner Zeit mehr anfangen?	0	0	0	0	0
	guter Fort- schritt	mäßiger, aber deutlicher Fortschritt	schwacher oder gar kein Fortschritt	Ver- schlech- terung	war nie (großes) Problem

47. Die „forensische Sonntagsfrage“:

Wie hoch ist Ihrer Meinung nach die kriminelle Rückfallgefährdung des Patienten, wenn er am nächsten Sonntag entlassen würde? (Kreuzen Sie bitte auf der durchgezogenen Linie an: eine mittlere geschätzte Gefährdung wäre also in der Mitte anzukreuzen; je höher die eingeschätzte Gefährdung, desto mehr wäre nach *rechts* hin anzukreuzen, je geringer, desto weiter nach *links* hin.)

Die Einschätzung soll für die jetzige (vorbereitete) Entlassungssituation erfolgen.

47.1) Die Gefahr, dass der Patient mit geringfügigen Delikten rückfällig wird, schätze ich wie folgt ein:

extrem gering

extrem hoch

47.2) Die Gefahr, dass der Patient mit schwerwiegenden Delikten rückfällig wird, schätze ich wie folgt ein:

extrem gering

extrem hoch

47.3) Die Gefahr, dass der Patient sich nicht an die gerichtlichen Weisungen halten kann, schätze ich wie folgt ein:

extrem gering

extrem hoch

48. Welche Taten drohen bei Entlassung?

.....

.....

.....

.....

49. Mit welcher Wahrscheinlichkeit drohen diese Taten?

extrem geringe Wahrscheinlichkeit

extrem hohe Wahrscheinlichkeit

1. Deliktschlüssel:

- 01 = Tötungsdelikt (§§ 211-217, 222, 226, 251 StGB)
- 02 = Körperverletzung (§§ 223-225, 227-230 StGB)
- 03 = Sexualdelikte ohne Gewalt (§§ 173-176, 179-180a, 181a-184b StGB)
- 04 = Sexualdelikte mit Gewalt (§§ 177, 178, 181 StGB)
- 05 = sonstige Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 173, 174, 179-184 StGB)
- 06 = Eigentumsdelikt ohne Gewalt (§§ 242, 243, 246-248c, 263-266, 283-283d, 292, 293 StGB)
- 07 = Eigentumsdelikt mit Gewalt (§§ 239a, 239b, 244, 249, 250, 252-255, 316a StGB)
- 08 = Brandstiftung (§§ 306-310a StGB)
- 09 = Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz
- 10 = Straftaten im Vollrausch (§ 323a StGB)
- 11 = sonstige Delikte (sämtliche unter den o.g. Paragraphen nicht erfassten Straftatbestände)

2. Diagnoseschlüssel:

- 1 = hirnnorganische Störung/Erkrankung
- 2 = schizophrene Psychose (inkl. paranoider Syndrome)
- 3 = affektive Psychose
- 4 = Persönlichkeitsstörungen (inkl. Neurosen und sexuellen Deviationen) *ohne* Minderbegabung
- 5 = Persönlichkeitsstörungen (inkl. Neurosen und sexuellen Deviationen) *mit* Minderbegabung
- 6 = intellektuelle Behinderung
- 7 = Suchterkrankung

3. ICD-10-Schlüssel

- 00 = keine Persönlichkeitsstörung
- 01 = paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)
- 02 = schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)
- 03 = dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)
- 04 = emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (F60.30)
- 05 = emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (F60.31)
- 06 = histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)
- 07 = anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5)
- 08 = ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)
- 09 = abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7)
- 10 = andere spezifische Persönlichkeitsstörung (z.B. narzisstische P. etc. F60.8)
- 11 = nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (F60.9)

4. Schlüssel: Berufstätigkeit

- 00 = keine Arbeit bzw. Arbeit ohne Erwerbscharakter
- 01 = ungelernter Arbeiter
- 02 = angelernter Arbeiter / Lehrling
- 03 = gelernter Arbeiter (Geselle, Meister o.ä.)
- 04 = Angestellter in Ausbildung
- 05 = Angestellter, Beamter (im unteren bis mittleren Dienst)
- 06 = leitender Angestellter, Beamter im höheren Dienst
- 07 = Selbständiger (Klein- o. Mittelbetriebe)
- 08 = Selbständiger (größere Firma)
- 09 = Akademiker
- 10 = Student
- 11 = unbekannt

5. Schlüssel: Schulbildung

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 00 = kein Schulbesuch | 07 = Abitur |
| 01 = Sonderschule ohne Abschluss | 08 = Fachhochschulabschluss |
| 02 = Sonderschule mit Abschluss | 09 = Hochschulstudium mit Abschluss |
| 03 = Volks-/Hauptschule ohne Abschluss | 10 = unbekannt |
| 04 = Volks-/Hauptschule mit Abschluss | |
| 05 = Realschule („Mittlere Reife“) | |
| 06 = Fachoberschulabschluss | |

Mögliche Ursachen einer fehlenden Entlassungsperspektive

Bitte geben Sie auf den Antwortskalen an, wie gewichtig Ihnen beim gerade besprochenen Patienten jeder Aspekt erscheint!

	unwichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
50. Art und Ausprägungsgrad der psychischen Störung des Patienten..	☐	☐	☐	☐
51. Fehlen geeigneter stationärer Nachsorgeeinrichtungen (z.B. Wohnheim)	☐	☐	☐	☐
52. Mangelndes Ansprechen des Patienten auf die indizierte Medikation.	☐	☐	☐	☐
53. Geringe Absprachefähigkeit des Patienten (Unzuverlässigkeit)	☐	☐	☐	☐
54. Unzureichende personelle Ausstattung in der Einrichtung	☐	☐	☐	☐
55. Fehlende soziale Bezüge des Patienten außerhalb der Einrichtung (keine „soziale Unterstützung“)	☐	☐	☐	☐
56. Aggressionsbereitschaft des Patienten, Gewaltpotential	☐	☐	☐	☐
57. Mangel an therapeutischer Aus- und Weiterbildung bei den zuständigen MitarbeiterInnen	☐	☐	☐	☐
58. Ausmaß der kriminellen Identifikation des Patienten	☐	☐	☐	☐
59. Mangelnde Compliance bei der Medikation	☐	☐	☐	☐
60. Stabile sexuelle Devianz, aktuell und intensiv	☐	☐	☐	☐
61. Fehlende Alltagskompetenzen, Hilflosigkeit gegenüber Anforderungen des täglichen Lebens	☐	☐	☐	☐
62. Fehlen geeigneter ambulanter Nachsorgemöglichkeiten (z.B. Tagesstätte, Einzeltherapie)	☐	☐	☐	☐
63. Fehlen spezifischer therapeutischer Kompetenzen im Hinblick auf die Problematik des Patienten	☐	☐	☐	☐
64. Verwahrlosungsneigung des Patienten	☐	☐	☐	☐

	unwichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
65. Mangelnde Verträglichkeit einer Medikation (unerwünschte Wirkungen)	☐	☐	☐	☐
66. Gravierende intellektuelle Defizite	☐	☐	☐	☐
67. Ungeeignete Räumlichkeiten für Therapie und die Schaffung eines therapeutischen Milieus	☐	☐	☐	☐
68. Ausmaß der „Psychopathy“ des Patienten (i.S.v. Hare)	☐	☐	☐	☐
69. Ausmaß der hirnorganischen Störung	☐	☐	☐	☐
70. Schwere der Vor- und Anlassdelinquenz	☐	☐	☐	☐
71. Generelles Fehlen eines Behandlungskonzeptes für die Störung des Patienten.	☐	☐	☐	☐
72. Klinik sieht Entlassungsmöglichkeit, doch wird diese von der Strafvollstreckungskammer abgelehnt.	☐	☐	☐	☐
73. Unzureichende Rahmenbedingungen in der Einrichtung, z.B. unzureichende schulisch-berufliche Förderung	☐	☐	☐	☐
74. Druck / Haltung der Öffentlichkeit macht es schwer, für den Patienten eine Entlassungsperspektive zu entwickeln.	☐	☐	☐	☐
75. Alkohol- oder Drogenmissbrauch des Patienten	☐	☐	☐	☐

Bitte versuchen Sie, die Behandlungsstrategie bzw. die therapeutischen Bemühungen um den Patienten zu beschreiben.

Welcher Ansatz oder welche Methode oder welche Behandlungsplanung wurden beim Patienten am längsten verfolgt?

Wie schätzen Sie den Erfolg dieser Bemühungen ein?

In welcher Weise / wo ist man auf Grenzen gestoßen?

Was müsste erreicht werden, damit man mit dem Patienten eine Entlassungsperspektive entwickeln kann?

Weitere Angaben zu fünf Diagnosegruppen

Patienten mit der Erstdiagnose „Hirnorganische Störung“ (n = 23, nur männlich)

Häufigste Unterbringungsdelikte	6 Tötungsdelikte (1 mal im Zusammenhang mit Sex-straftat) 5 Sexualdelikte „ohne Gewalt“ 5 Sexualdelikte mit manifester Gewalt 4 Körperverletzung
Erreichter Lockerungsgrad	13 Patienten hatten Ausgang ohne Begleitung (57 %)
Dabei Vorkommnisse	Bei 6 Patienten (46 %) Entweichung Bei 9 Patienten (69 %) Suchtmittelmissbrauch
Generelle problematische Vorkommnisse während der Unterbringung	Bei 0 Patienten Entweichung aus geschlossenem Bereich Bei 6 Patienten Entweichung aus Lockerung Bei 8 Drogen-, bei 5 Alkoholmissbrauch
Aktueller Lockerungsstatus	8 Patienten ohne jede Lockerungen 1 Patient erhält unbegleiteten Ausgang
Straftaten während der laufenden Unterbringung	16 Patienten ohne angezeigte Straftat (Ermittlungsverfahren) Brandstiftung / Körperverletzung (an einem Mitpatienten) / versuchte Vergewaltigung (2) / Diebstähle / Verstoß gegen BtMG / „Vergiftung und Fesselung der Tante, Brandstiftung, Einbruch, versuchte Vergewaltigung“
„Gefährlichkeitsprognose“ – Erwartung hinsichtlich erneuter Straffälligkeit	Gefahr* erneuter Straftaten M: 78 % (25 – 100 %) Gefahr eines erhebliche Delikts M: 70 % (0 – 100 %) Befürchtet werden bei vielen Patienten Aggressionsdelikte unter Alkoholeinfluss, in 8 Fällen wird Sexualdelinquenz erwähnt.
Voraussetzungen einer Entlassungsperspektive (Anzahl Nennungen)	Heimeinrichtung mit dichter Betreuung (Kontrolle) 11 Besserung der Compliance, insb. bezüglich Medikation 3 Entwicklung von Selbstreflexion, Einsicht, Einstellungsänderung 3

*) Die Einschätzung der „Gefahr“ erfolgte auf einer visuellen Analogskala mit der Range 0 – 100 %. M = Median der Urteile, in Klammern Extremwerte

Patienten mit der Erstdiagnose Schizophrenie
(n = 34, 4 weiblich)

Häufigste Unterbringungsdelikte	Körperverletzung (13) Sexualstraftaten (6)	Tötungsdelikte (6) Brandstiftung (4)
Erreichter Lockerungsgrad Dabei Vorkommnisse	25 Patienten hatten Ausgang ohne Begleitung (74 %) Bei 13 Patienten (52 %) Entweichung Bei 12 Patienten (48 %) Suchtmittelmissbrauch	
Generelle problematische Vorkommnisse während der Unterbringung	Bei 4 Patienten Entweichung aus geschlossenem Bereich Bei 14 Patienten Entweichung aus Lockerung Bei 4 Drogen-, bei 13 Alkoholmissbrauch	
Aktueller Lockerungsstatus	10 Patienten ohne jede Lockerungen (1 Frau) 6 Patienten erhalten unbegleiteten Ausgang (davon 1 Urlaub)	
Straftaten während der laufenden Unterbringung	30 Patienten ohne angezeigte Straftat (Ermittlungsverfahren) 1 Brandstiftung auf der Station, 1 sex. Kindesmissbrauch	
„Gefährlichkeitsprognose“ – Erwartung hinsichtlich erneuter Straffälligkeit	Gefahr* erneuter Straftaten M: 79 % (16 – 100 %) Gefahr eines erhebliche Delikts M: 71 % (15 – 100 %) Befürchtet werden verschiedenartigste Gewaltdelikte in neun Fällen auch bzw. einhergehend mit Sexualstraftaten, in fünf Fällen Brandstiftung	
Voraussetzungen einer Entlassungsperspektive (Anzahl Nennungen)	Heimeinrichtung mit dichter Betreuung (Kontrolle)	12
	Besserung der psychotischen Symptomatik	8
	Verbesserung der Compliance bei Medikation	3
	ausdrücklich: keine Entlassungsperspektive	8

*) Die Einschätzung der „Gefahr“ erfolgte auf einer visuellen Analogskala mit der Range 0 – 100 %. M = Median der Urteile, in Klammern Extremwerte

**Patienten mit der Erstdiagnose Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung
(n = 38, davon 2 weiblich)**

Häufigste Unterbringungsdelikte	14 Tötungsdelikte, davon 12 in Zusammenhang mit Sex-straftat! 15 Sexualdelikte mit manifester Gewalt In 7 der o.g. Fälle waren die Opfer Kinder (24 %)
Erreichter Lockerungsgrad Dabei Vorkommnisse	21 Patienten hatten Ausgang ohne Begleitung (55 %) Bei 11 Patienten (52 %) Entweichung Bei 8 Patienten (38 %) Suchtmittelmissbrauch
Generelle problematische Vorkommnisse während der Unterbringung	Bei 2 Patienten Entweichung aus geschlossenem Bereich Bei 12 Patienten Entweichung aus Lockerung Bei 4 Drogen-, bei 10 Alkoholmissbrauch
Aktueller Lockerungsstatus	19 Patienten ohne jede Lockerungen (u.a. die 2 Frauen) 7 Patienten erhalten unbegleiteten Ausgang (davon 3 Urlaub!)
Straftaten während der laufenden Unterbringung	29 Patienten ohne angezeigte Straftat (Ermittlungsverfahren) 1 Tötungsdelikt, 4 (versuchte) Vergewaltigungen 4 sex. Kindesmissbrauch / Belästigung
„Gefährlichkeitsprognose“ – Erwartung hinsichtlich erneuter Straffälligkeit	Gefahr* erneuter Straftaten M: 79 % (14 – 100 %) Gefahr eines erhebliche Delikts M: 75 % (0 – 100 %) Befürchtet werden vor allem (bei etwa 30 Patienten) Gewaltdelikte, zum Teil sehr schwere, bei etwa 15 in Zusammenhang mit Sexualstraftaten; häufig sieht man bei den Patienten ein Risiko unterschiedlichster Straftatbestände; in Einzelfällen primär Eigentumsdelikte, Brandstiftung, BtMG oder Sexualtaten „ohne Gewalt“
Voraussetzungen einer Entlassungsperspektive (Anzahl Nennungen)	Spezifische Persönlichkeitsentwicklung 15 Heimeinrichtung mit dichter Betreuung (Kontrolle) 5 Qualifizierte Nachsorge oder Medikation 4 ausdrücklich: keine Entlassungsperspektive 13

*) Die Einschätzung der „Gefahr“ erfolgte auf einer visuellen Analogskala mit der Range 0 – 100 %. M = Median der Urteile, in Klammern Extremwerte

Patienten mit der Erstdiagnose Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung
(n = 23, davon 1 weiblich)

Häufigste Unterbringungsdelikte	Gewalttätige Sexualdelikte 9 Körperverletzung 6 Tötungsdelikte 3 (alle in Zshg mit Sex-Delikt) Kindesmissbrauch 3
Erreichter Lockerungsgrad Dabei Vorkommnisse	13 Patienten hatten Ausgang ohne Begleitung (57 %) Bei 4 Patienten (31 %) Entweichung Bei 4 Patienten (31 %) Suchtmittelmissbrauch
Generelle problematische Vorkommnisse während der Unterbringung	Bei 4 Patienten Entweichung aus geschlossenem Bereich Bei 7 Patienten Entweichung aus Lockerung Bei 4 Drogen-, bei 8 Alkoholmissbrauch
Aktueller Lockerungsstatus	12 Patienten ohne jede Lockerungen (u.a. die Patientin) 2 Patienten erhalten unbegleiteten Ausgang (keiner Urlaub)
Straftaten während der laufenden Unterbringung	19 Patienten ohne angezeigte Straftat (Ermittlungsverfahren) Sexuelle Belästigung / gefährliche Körperverletzung (versprühen von Reizgas in Bus) / mehrfache sexuelle Nötigung
„Gefährlichkeitsprognose“ – Erwartung hinsichtlich erneuter Straffälligkeit	Gefahr* erneuter Straftaten M: 79 % (14 – 100 %) Gefahr eines erhebliche Delikts M: 74 % (20 – 100 %) Befürchtet werden vor allem sexuelle Gewaltdelikte (10), sonstige Gewaltdelikte (5) und Kindesmissbrauch (4).
Voraussetzungen einer Entlassungsperspektive (Anzahl Nennungen)	Spezifische Persönlichkeitsentwicklung 11 Heimeinrichtung mit dichter Betreuung (Kontrolle) ** 6 Hoffnung auf Minderung der Libido bei Klinefelter Syndrom 1 ausdrücklich: keine Entlassungsperspektive 4

*) Die Einschätzung der „Gefahr“ erfolgte auf einer visuellen Analogskala mit der Range 0 – 100 %. M = Median der Urteile, in Klammern Extremwerte

**) „Fortsetzung des Maßregelvollzugs mit anderen Mitteln“, so ein Interviewpartner

Patienten mit der Erstdiagnose Intellektuelle Behinderung
(n = 14, nur männlich)

Häufigste Unterbringungsdelikte	Gewalttätige Sexualdelikte 5 Sexdelikte ohne manifeste Gewalt 5 Körperverletzung, Tötungsdelikt und Brandstiftung
Erreichter Lockerungsgrad Dabei Vorkommnisse	9 Patienten hatten Ausgang ohne Begleitung (64 %) Bei 5 Patienten (56 %) Entweichung Bei 1 Patienten (11 %) Suchtmittelmissbrauch
Generelle problematische Vorkommnisse während der Unterbringung	Bei 1 Patienten Entweichung aus geschlossenem Bereich Bei 6 Patienten Entweichung aus Lockerung Bei 1 Drogen-, bei 1 Alkoholmissbrauch
Aktueller Lockerungsstatus	4 Patienten ohne jede Lockerung Kein Patienten erhält unbegleiteten Ausgang
Straftaten während der laufenden Unterbringung	11 Patienten ohne angezeigte Straftat (Ermittlungsverfahren) Sexueller Missbrauch von Kindern / Diebstahl / Brandstiftung auf der Station
„Gefährlichkeitsprognose“ – Erwartung hinsichtlich erneuter Straffälligkeit	Gefahr* erneuter Straftaten M: 79 % (14 – 100 %) Gefahr eines erhebliche Delikts M: 72 % (23 – 100 %) Befürchtet werden vor allem sexuelle Gewaltdelikte (4), sonstige Gewaltdelikte (3) und Kindesmissbrauch (3).
Voraussetzungen einer Entlassungsperspektive (Anzahl Nennungen)	Spezifische Persönlichkeitsentwicklung 6 Heimeinrichtung mit dichter Betreuung (Kontrolle) 6 ausdrücklich: keine Entlassungsperspektive 2 unklar 2

*) Die Einschätzung der „Gefahr“ erfolgte auf einer visuellen Analogskala mit der Range 0 – 100 %. M = Median der Urteile, in Klammern Extremwerte