

Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB

Projekt-Zwischenbericht

Norbert Schalast

Sylvia Mushoff

Rita Demmerling

Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB

Zwischenbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft

DFG-Projekt Scha 773/2-1

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

Oktober 2004

Inhaltsverzeichnis

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	5
<i>Einführende Vorbemerkung</i>	7
<i>Grundlagen</i>	9
Straftäter mit Alkoholproblematik.....	9
Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB.....	11
Erwartungen	14
<i>Methodik der eigenen Untersuchung</i>	16
Basiserhebungen	16
Verlaufsuntersuchung.....	17
Erhebungsinstrumente und psychometrische Verfahren	17
Fragebogenverfahren (Selbstbeschreibung)	18
Verfahren zur Fremdbeurteilung	23
Stichprobenerhebung.....	26
<i>Ergebnisse</i>	28
Merkmale der Stichprobe.....	28
Unterbringungsdelikte	30
Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit alkoholabhängiger § 64-Patienten	31
Aspekte des Unterbringungsverlaufs.....	32
Vergleich von Patienten mit eher günstigem und eher problematischem Abschluss der Unterbringung	36
Prognostisch relevante Merkmale in den beiden Outcome-Gruppen	37
Vorhersage des Behandlungsverlaufs durch mehrere Merkmale – multiple Regressionsanalysen.....	48
Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit.....	53

<i>Diskussion</i>.....	66
Zur hohen Quote ungünstiger Behandlungsverläufe.....	67
Werden die Patienten immer schwieriger?	68
E-P 9 oder E-P 4 als Basis prognostischer Entscheidungen?	69
Zum Stellenwert der Psychopathy-Checklist und des HCR-20	73
Zur prognostischen und klinischen Bedeutung der Merkmale der Liste E-P 9	74
Die Merkmale von E-P 4.....	80
Die Problematik des Behandlungsauftrags und der rechtlichen Rahmenbedingungen	81
Ergänzende Anmerkungen zu drogenabhängigen Tätern	88
Anmerkungen zu aktuellen gesetzgeberischen Initiativen.....	92
 <i>Zusammenfassung</i>.....	 95
 <i>Literatur</i>.....	 100
 <i>Anhang</i>.....	 106

Einführende Vorbemerkung

Der vorliegende Zwischenbericht stellt erste Ergebnisse einer umfangreichen Untersuchung über Gewalttäter mit einer Alkoholproblematik dar. Methodisch kombiniert die Studie einen Querschnitts- mit einem prospektiven Längsschnittsansatz. Im Fokus der Betrachtung steht eine Stichprobe von 150 Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. Daten über diese Gruppe wurden direkt im Kontakt mit den Patienten erhoben. Darüber hinaus wurden auch Einschätzungen der Bezugstherapeutinnen und –therapeuten eingeholt. Um die Hauptuntersuchungsgruppe unter psychologischen und prognostischen Gesichtspunkten differenziert zu beschreiben, wurden drei Vergleichsgruppen (mit je $n = 50$ Teilnehmern) herangezogen: Strafgefangene, Alkoholabhängige in freier Suchtbehandlung bzw. –nachsorge und klinisch unauffällige „Normalpersonen“. Die Position der Alkoholtäter in Bezug auf diese Vergleichsgruppen wird im Abschlussbericht eingehend dargestellt werden.

Bei den Maßregelpatienten erfolgen weitere Erhebungen. Zum Einen berichten die Bezugstherapeuten/innen am Ende der Unterbringung über den Verlauf der Behandlung, das formale „Outcome“, und äußern sich zur Prognose. Zum Zweiten streben wir an, bei den zur Bewährung entlassenen Patienten ein und zwei Jahre nach Ende der Behandlung Berichte der Bewährungshelfer über den Verlauf der Führungsaufsicht einzuholen. Es sei schon erwähnt, dass ein beträchtlicher Teil der Patienten – über die Hälfte - nicht zur Bewährung entlassen wird. Bei vielen erfolgt eine Beendigung wegen „Aussichtslosigkeit“ i.S.v. § 67d(5) StGB. Außerdem dauert bei insgesamt 23 Patienten zum Zeitpunkt der Vorlage dieses Berichtes die Unterbringung noch an. Bisher verfügen wir für insgesamt 37 Patienten über Angaben zum Verlauf während des ersten Jahres nach Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung.

Im vorliegenden Zwischenbericht konzentrieren wir uns bei der Auswertung auf ein unter therapeutischen und auch versorgungsökonomischen Gesichtspunkten wichtiges Problem: die Vorhersage des formalen „Outcomes“ der Unterbringung. Gibt es Merkmale, die geeignet sind, ein Scheitern der Behandlung im Sinne der Beendigung wegen Aussichtslosigkeit vorherzusagen? Diese Frage ist von großer praktischer Bedeutung, weil auf der einen Seite die Behandlungseinrichtungen derzeit überfüllt sind und ein großer Bedarf an Behandlungsplätzen besteht, auf der anderen Seite oft in einem recht späten Stadium der Unterbringung auf Aussichtslosigkeit erkannt wird. Viele Behandlungsplätze werden über lange Zeit von Patienten in Anspruch genommen, bei denen nach langem Bemühen dann doch eine Rückverlegung in den Strafvollzug erfolgt. Unter psychologischen Gesichtspunkten muss man befürchten, dass die Feststellung von „Aussichtslosigkeit“ auf einem solchen Hintergrund sehr negative und demotivierende Auswirkungen auf die betroffenen Patienten haben kann. Beide Aspekte – Versorgungssituation und individuelle Perspektive der Patienten – lassen eine frühzeitigere Weichenstellung im Hinblick auf Beendigung oder Bewährung wünschenswert

erscheinen. Die Frage der Prognose des Behandlungsverlaufs kann jedoch nicht gelöst betrachtet werden von grundsätzlichen Aspekten der Konzeptualisierung der Maßnahme, des Vorgehens in der Behandlung und der rechtlichen Rahmenbedingungen, die im Kapitel Diskussion daher ebenfalls thematisiert werden.

Unser besonderer Dank gilt an diesem Punkt der Auswertung zunächst den Therapeutinnen und Therapeuten in Einrichtungen des § 64 Maßregelvollzugs – Bad Rehburg, Schloss Haldem, Hadamar, Bedburg-Hau und Viersen –, die uns bei den Erhebungen auf ihren Stationen tatkräftig unterstützt haben. Für hilfreiche Hinweise zur Überarbeitung des Manuskriptes danken wir außerdem unseren Institutskollegen Prof. Dr. Leygraf, Dr. Sven-Uwe Kutscher und ganz besonders Dipl.-Psych. Klaus Elsner.

Essen, im Oktober 2004

Norbert Schalast

Sylvia Mushoff

Rita Demmerling

Grundlagen

Straftäter mit Alkoholproblematik

Die Mehrzahl der Personen, die Alkohol konsumieren, und auch der Alkoholabhängigen weist keine ausgeprägten kriminellen Neigungen auf. Für das Jahr 1999 wurde die Zahl der Alkoholabhängigen in der Bundesrepublik auf etwa 1,6 Millionen, der Alkoholmissbraucher auf 2,7 Millionen und derjenigen mit „riskantem Konsum“ gar auf über 9 Millionen geschätzt¹. Alkoholgebrauch und –missbrauch sind ubiquitäre Phänomene. Ausgehend von einer unausgelesenen Stichprobe von Trinksituationen käme man nicht auf die Idee, dem Alkohol eine kriminogene Bedeutung zuzuschreiben (Pernanen 1991). Geht man jedoch von Deliktsituationen aus, so bietet sich ein anders Bild. Gerade bei Gewaltdelinquenz ist der Anteil alkoholisierter Täter erheblich. Laut amtlicher Strafverfolgungsstatistik betrug im Jahre 1999 der Anteil alkoholisierter Täter bei Gewaltkriminalität generell etwa ein Viertel, bei Vergewaltigung / sexueller Nötigung etwa 31 %, bei Totschlag gar 38 %. Internationale Studien kommen zu noch erheblich höheren Einschätzungen des Anteils Alkoholisierter bei einzelnen Deliktgruppen (Murdoch et al. 1990). Es stellt sich die Frage, von welchen Faktoren es wesentlich abhängt, ob eine alkoholabhängige bzw. berauschte Personen zu Straftaten oder gar schweren Gewalttaten neigt. Immer wieder wurde in der Literatur betont, dass es für diese Phänomene kein einheitliches Erklärungsmodell gibt (Egg 1996).

Unseres Erachtens können grob zwei Ebenen des Zusammenwirkens von Alkoholmissbrauch bzw. –abhängigkeit und Straftaten beschrieben werden. Zum Einen verstärkt Alkoholmissbrauch bei sozial ohnehin randständigen Personen die Lebensprobleme, führt zu sozialen Konflikten und auch materieller Not und lässt die Betroffenen dadurch eher in „tatnahe“ Situationen geraten, in denen sie – auch aufgrund enthemmender Wirkungen des Alkohols - straffällig werden (Kerner 2000). Zum Zweiten gibt es Personen, die in sehr spezifischer Weise im Rausch zu aggressiven Gewalthandlungen und dem Ausagieren dissozialer Impulse tendieren. Aus dieser Gruppe rekrutieren sich einige besonders gefährliche Gewalttäter, die auch in der aktuellen Klientel der Entziehungsanstalten eine große Rolle spielen.

Zur Erklärung dissozialen und gewalttätigen Verhaltens unter Alkoholeinfluss wird zum einen auf die pharmakologischen Wirkungen der Droge verwiesen. Nach Pihl et al. (1993) sind vor allem folgende Wirkungen des Alkohols von Bedeutung: er wirkt (1) anxiolytisch, (2) psychomotorisch stimulierend, (3) beeinträchtigt komplexe kognitive Funktionen und (4) min

¹ Quelle: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG. Band 128, Nomos-Verlag, 2000

dert das Schmerzempfinden. Da solche pharmakologischen Wirkungen jedoch bei verschiedenen Konsumenten zumindest sehr ähnlich sind, lassen sich aus ihnen kaum schlüssige Antworten auf die Frage ableiten, warum der eine auf einen mittleren Alkoholisierungsgrad heiter-verträglich reagiert, während im anderen Feinseligkeit aufbricht.

Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, dass Menschen unter Alkoholeinfluss zu aggressivem Verhalten tendieren, die auch nüchtern ein höheres Aggressionsniveau bzw. eine höhere aggressive Verhaltensbereitschaft erkennen lassen (Buikhuisen 1984, zit. nach Kerner 1990, Bushman & Cooper 1990). Menschen, die in Zusammenhang mit Alkohol zu aggressivem Verhalten tendieren, weisen oft eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung auf (Moeller & Dougherty 2001). Diese Störung geht andererseits mit einer vielfach erhöhten Lebenszeitprävalenz für eine Alkoholdiagnose einher (Regier et al. 1990).

Einen biologisch fundierten Erklärungsansatz stellt die „Serotonin-Hypothese“ alkoholspezifischer Gewalt dar. Danach habe die Liquor-Konzentration des Neurotransmitters Serotonin Einfluss darauf, ob eine Person – insbesondere auch unter Alkoholeinfluss – zu impulsiv-aggressivem Verhalten neigt (Virkkunen et al. 1995). Nun ist ein niedriges Serotonin-Level schon mit verschiedenen psychiatrischen Störungen in Verbindung gebracht worden und stellt wohl einfach ein Korrelat einer negativen (dysphorischen, depressiven, ängstlichen) Stimmungslage dar.² Versuche, auf aggressive Verhaltensstörungen mittels Medikamenten einzuwirken, die den Serotoninstoffwechsel beeinflussen, zeigen keine sehr konsistenten Ergebnisse (vgl. Felthous & Barrett 1998).

Für Zusammenhänge zwischen selbst erlebter Gewalt und Vernachlässigung einerseits und Delinquenz wie auch Suchtproblemen andererseits gibt es viele Belege. Gerade bei Männern und vor allem auch Jugendlichen sind posttraumatische Störungen oft mit Substanzmissbrauchsstörungen assoziiert (Jacobsen et al. 2001). Auch bei kritischer Sicht der Datenlage ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Erleben von traumatischem Stress, Symptomen einer posttraumatischen Störung und Alkoholmissbrauch anzunehmen (McFarlane 1998). In retrospektiven Befragungen werden regelmäßig erhöhte Prävalenzraten belastender und traumatischer Kindheitserfahrungen bei Menschen mit Suchtproblemen festgestellt (Bernstein 2000, Küfner et al. 2000, Felitti 2003).

² Gewisse Auffälligkeiten in Bezug auf Serotoninkonzentrationen, -ausschüttung und Reuptake finden sich bei allen Störungen, die mit einer dauerhaft veränderten Affektverfassung einhergehen, z.B. Depression und Zwangsstörung (vgl. Nemeroff 1998, Baumgarten & Grozdanovic 1998). Dabei ist die präsynaptische Serotoninfreisetzung allerdings keine, z.B. genetisch festgelegte, Konstante, sondern wird auf äußere Einflüsse hin adaptiv adjustiert (Huether 1999). Alle dauerhaften Besonderheiten der emotionalen Verfassung von Menschen haben vielfältige biologische Korrelate, wobei ein Serotoninmangel für eine negative Befindlichkeit charakteristisch ist. Erschöpfende Erklärungen für Verhaltensauffälligkeiten lassen sich aus solchen Befunden nicht ableiten, doch erscheint es nicht ausgeschlossen, dass sie Ansatzmöglichkeiten für medikamentöse Interventionen aufzeigen.

Kindesmissbrauch und -vernachlässigung stellen signifikante Prädiktoren von Symptomen einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter dar (Luntz & Spatz Widom 1994). Im familiären Kontext erlebte Misshandlungen während der Kindheit disponieren zu einem negativ getönten dysthymen Lebensgefühl und erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer dissozialen Störung (Horwitz et al. 2001). Schon Glueck & Glueck (1968/1950) zeigten, dass nicht elterliche Strenge, jedoch Vernachlässigung und willkürliche Härte Jugenddelinquenz fördern. Nach Pfeiffer, Wetzels & Enzmann (1999) tendieren Jungen vor allem dann zu gewalttätigem Verhalten, wenn sie sowohl in der Kindheit als auch in der frühen Jugend Gewalt in der Familie erlebt haben.

Alkoholmissbrauch ist ein bei sozial randständigen und straffälligen Menschen verbreitetes Phänomen, wobei es eine Kerngruppe alkoholabhängiger Täter gibt, die im Rausch von feindseligen Impulsen gleichsam überschwemmt wird und ein erhöhtes Risiko schwerer Gewalttätigkeit aufweist. Der therapeutische Zugang kann bei solchen Menschen dadurch erschwert werden, dass ursprünglich impulsives Verhalten in der Entwicklung Erfolgserlebnisse vermittelt hat und Gewaltbereitschaft zu einem ich-syntonen Bewältigungsmuster geworden ist (vgl. Dutschmann 1995) .

Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB

Die „Unterbringung in der Entziehungsanstalt“ gemäß § 64 StGB gehört zu den „Maßregeln der Besserung und Sicherung“. Grundlegender Zweck der Maßregeln ist die Gefahrenabwehr, die Verhütung weiterer erheblicher rechtswidriger Handlungen. Eine Unterbringung in der Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) ist an folgende Voraussetzungen geknüpft (vgl. Schalast & Leygraf 2002):

- Bei einem Straftäter muss ein *Hang* – eine mindestens psychische Abhängigkeit³ - vorliegen, Alkohol oder andere Rauschmittel *im Übermaß* zu sich zu nehmen.
- Eine Straftat muss auf den Hang zurückgehen, und es muss *infolge des Hanges* die Gefahr weiterer rechtswidriger Taten bestehen. Die strafbaren Handlungen sollen in gewisser Weise eine Auswirkung, ein Symptom der Suchtproblematik des Täters sein.
- Die Unterbringung setzt voraus, dass vom Täter weitere strafbare Handlungen von einiger Erheblichkeit drohen. § 64 StGB dient der Gefahrenabwehr, die Anwendung ist nicht etwa bloß aus therapeutischen Gründen zulässig.

³ So inzwischen auch die Rechtsprechung des BGHs. „Nicht ausreichend ist grundsätzlich, wenn der Angeklagte noch in der Lage ist, kontrolliert mit Betäubungsmitteln umzugehen“ (vgl. Detter, NStZ 2002, 136).

- Seit einer Entscheidung des BVerfG vom 16.03.1994 ist die Anordnung der Unterbringung außerdem an die Voraussetzung geknüpft, dass eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, den Süchtigen zu heilen oder doch über eine gewisse Zeitspanne vor dem Rückfall in die akute Sucht zu bewahren. (BVerfGE 91,1)

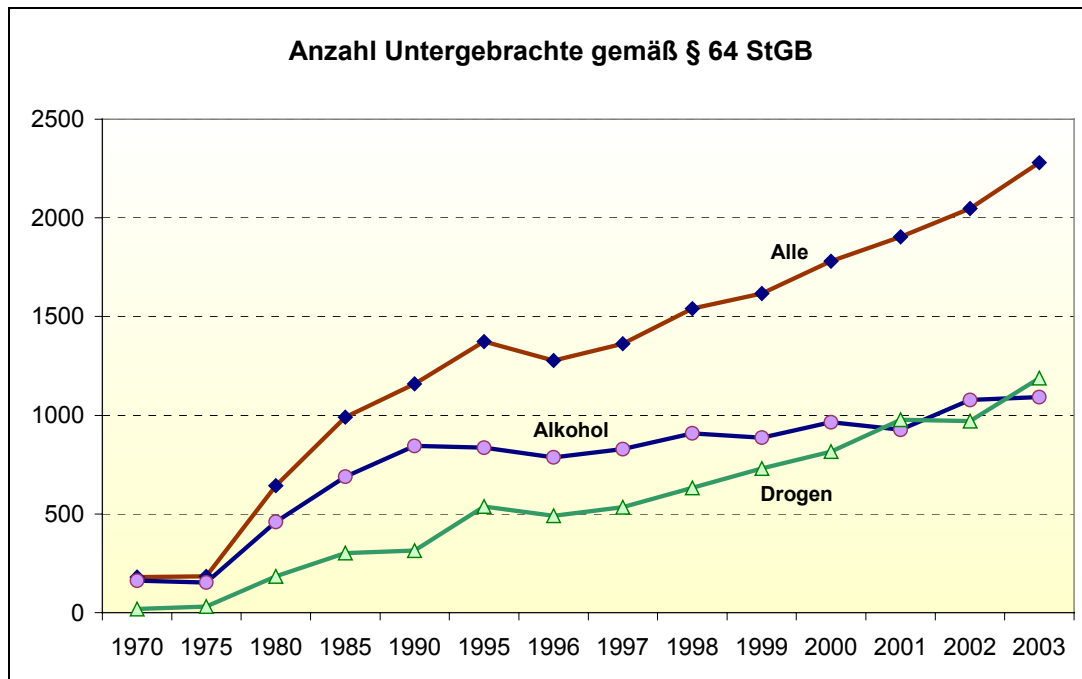


Abbildung 1: Anzahl Untergebrachter gemäß § 64 StGB, aufgeschlüsselt nach primären Suchtmitteln. Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10: Frühere Bundesländer, seit 1996 einschließlich Gesamtberlin.

Die Zahl der gemäß § 64 StGB untergebrachten Patienten ist in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich angewachsen. Während viele Jahre lang Patienten mit Alkoholproblemen in den Einrichtungen überwogen, hat es gerade in den letzten Jahren eine verstärkte Zuweisung von Drogentätern gegeben. In den alten Bundesländern einschließlich Berlin hat sich die Zahl der untergebrachten Drogentäter seit 1995 (gut 500) mehr als verdoppelt und mit den Unterbringungen bei Alkoholtätern etwa gleichgezogen⁴. Im gleichen Erfassungsbereich befanden sich am Stichtag 1. März 2003 fast 2300 Personen im § 64-Maßregelvollzug. Die Zunahme ist wesentlich in einem Anstieg bei den Neuansordnungen begründet. So erfolgten im Jahre 1992 810 Neuansordnungen der Maßregel, 1997 waren es 1116 und 2002 schon 1532⁵.

⁴ Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10(3) Strafvollzug.

⁵ Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 10(3) Strafverfolgung.

Der Anstieg bei der Unterbringung von Drogentätern⁶ ist insofern bemerkenswert, als mit den §§ 35 ff. BtMG eine Spezialregelung existiert, zu Freiheitsstrafe verurteilten Drogenabhängigen den Antritt einer stationären Entwöhnungsbehandlung in einer freien Einrichtung zu ermöglichen. Doch ist § 64 StGB derzeit noch eine zwingende Vorschrift. Die Anordnung muss erfolgen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, auch wenn Alternativen sinnvoller erscheinen, was auch durch BGH-Urteile immer wieder unterstrichen wurde (vgl. Metrikat 2002).

Wie man sich vorstellen kann, stellt der wachsende Aufnahmedruck für die Maßregelinrichtungen und ihre Träger ein großes Problem dar (Hollweg 2002). Generell leidet die forensische Psychiatrie seit Jahren unter Kapazitätsproblemen, zu denen sowohl ein Anstieg bei den Zuweisungen als auch den Unterbringungszeiten beigetragen hat. Das kriminalpolitische Klima hat dazu geführt, dass von den Einrichtungen ein immer höheres Maß an Sicherheit und Sicherung verlangt wird. Darüber hinaus ist die Schwelle für eine Entlassung in die Freiheit und eine Aussetzung der weiteren Unterbringung zur Bewährung im Jahre 1998 durch das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26.01.1998 erhöht worden. Eine Unterbringung der weiteren Unterbringung zur Bewährung erfolgt gemäß § 67d(2) StGB erst, „wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“

Vor dieser Novellierung galt die „Erprobensformel“: die Aussetzung zur Bewährung erfolgte, „wenn verantwortet werden kann, zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“.

Zu den Auswirkungen dieser Entwicklungen dürfte auch gehören, dass im Laufe der letzten Jahre der Anteil der Patienten, bei denen die Maßnahme wegen fehlender Erfolgsaussichten beendet wird, auf über 50 % angestiegen ist (von der Haar 2002, Schalast et al. in Vorb.).

Anzumerken ist weiterhin, dass die in den Einrichtungen untergebrachte Klientel sich in den letzten 20 Jahren in mancher Hinsicht verändert hat. Dessecker (1996) analysierte die Vollstreckungsverläufe bei 250 Anordnungen der Unterbringung aus dem Jahre 1986. Obwohl in diesem Kollektiv die Diagnose Alkoholismus deutlich überwog, war das häufigste Anlassdelikt für die Unterbringung „Diebstahl unter erschwerten Umständen“. Nur in einem guten Drittel der Fälle fand Dessecker „schwere Anlassdelikte“ wie Tötung, Körperverletzung, Sexualtaten, Brandstiftung oder Raub (allerdings ohne Einbeziehung der Deliktkategorie „Vollrausch“ und dem Zehntel der Ausgangsgruppe, bei dem eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erfolgte). Inzwischen ist die Zahl der Untergebrachten mit schweren Gewaltdelikten

⁶ Bei der Planung dieser Studie war diese Entwicklung nicht absehbar. Noch in den 90er Jahren wurde die Unterbringung Drogenabhängiger gemäß § 64 StGB von manchen Klinikvertretern als „auslaufendes Modell“

ausgesprochen hoch. Für Alkoholtäter lag sie schon Ende der 90er Jahre bei über 70 Prozent. Entsprechend findet sich auch ein Anstieg der Strafen, die neben der Unterbringung ausgesprochen werden. Bei knapp der Hälfte der Untergebrachten wird auf eine „Parallelstrafe“ von mindestens drei Jahren erkannt (von der Haar 2002). Das verschärfte Sicherheitsdenken wird andererseits aber auch in einem erheblichen Rückgang gravierender problematischer Vorkommnisse im Verlaufe der Unterbringungen deutlich (ebd.). Sowohl hinsichtlich Suchtmittelrückfällen als auch ganz besonders hinsichtlich Entweichungen aus den Kliniken hat sich eine gewisse Laissez-fair-Haltung der frühen 80er Jahre (Schalast 1994) fast ins Gegenteil verkehrt.

Erwartungen

Unserer Gesamtuntersuchung an vier Gruppen hatten wir folgende allgemeine Hypothese vorangestellt: Es sind gerade diejenigen Merkmale, in denen sich alkoholabhängige Straftäter nicht nur von Normalpersonen, sondern auch von nichtstraffälligen Alkoholikern unterscheiden, die für die Prognose wesentlich sind. Da wir in diesem Zwischenbericht noch nicht auf die Befunde bei den Vergleichsgruppen eingehen, stellen wir die Prüfung dieser übergeordneten Hypothese für den Abschlussbericht zurück und leiten zunächst einzelne Hypothesen aus klinischen Erfahrungen, vor allem aber aus empirischen Befunden über rezidivierende Gewalttätigkeit ab. Natürlich betrafen Untersuchungen überwiegend nicht den Verlauf von Maßregelbehandlungen, sondern allgemein kriminelle/gewalttätige Rückfälligkeit. Doch erscheint die Vermutung naheliegend, dass sich in den Entscheidungen über „Bewährung“ versus „Beendigung“ das tatsächliche Risiko krimineller/gewalttätiger Rückfälligkeit zumindest in gewissem Grade widerspiegelt.

Daher nehmen wir in den folgenden Vorhersagen über Prädiktoren des Outcomes auf allgemeine Befunde zur Rückfallprognose von Gewalttätern Bezug.

- Es ist ein trivialer Grundsatz, dass früheres Verhalten von Menschen ein relativ guter Prädiktor späteren Verhaltens ist. Dies gilt auch für kriminelles und gewalttätiges Agieren (vgl. H-Items des HCR-20, Webster et al. 1997, vgl. auch MacKenzie in Sherman et al. 1997). Das begründet die Hypothese, dass die Häufigkeiten früherer dissozialer Auffälligkeiten, Vorstrafen bzw. Strafregistereinträge und Haftstrafen Einfluss darauf haben, ob ein Patient zur Bewährung entlassen wird.
- Eigene frühe Gewalterfahrung, und zwar sowohl selbst erlittene als auch im familiären Umfeld – etwa zwischen den Eltern – erlebte Gewalt, ist ein Risikofaktor für spätere krimi

angesehen, eben wegen der Existenz der alternativen Interventionsmöglichkeiten gemäß BtMG.

nelle Auffälligkeit (Hotaling et al. 1989). Junge Erwachsene, die in der Kindheit Opfer von Missbrauch und Vernachlässigung waren, weisen eher Symptome einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung auf (Luntz & Spatz Widom 1994). Sie sind auch in stärkerem Maße suchtfährdet (Küfner et al. 2000). Wir erwarten daher eine höhere Quote von Beendigungen wegen Aussichtslosigkeit bei Patienten, die von frühen und intrafamiliären Gewalterfahrungen berichten.

- Suchtprobleme der Eltern gehören zu den schwerwiegenden Belastungsfaktoren, die die Entwicklung sozialer Kompetenzen und das Hineinwachsen in das gesellschaftliche Ordnungsgefüge von Kindern und Jugendlichen erschweren. Schon im Kleinkindalter entwickeln Kinder alkoholkranker Väter spezifische Auffälligkeiten (Furtado et al. 2002). Suchtprobleme der Eltern erhöhen das Risiko von Substanzmissbrauch in der Adoleszenz (Poikolainen 2002), welcher wiederum mit gravierenden Anpassungsproblemen assoziiert ist (Rohde et al. 2001).
- Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kinder- und Jugendalter stellt sowohl für die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs als auch einer dissozialen Störung einen wichtigen Risikofaktor dar (Davids & Gastpar 2003), insbesondere, wenn sie mit einer „Störung des Sozialverhaltens“ (conduct disorder) einhergeht (Hill 2003). Aufmerksamkeitsstörungen bei Jugendlichen erlauben in gewissem Grade eine Vorhersage des Substanzgebrauchs im frühen Erwachsenenalter (Tapert et al. 2002). Bei entsprechend vorbelasteten Patienten ist eher ein schwieriger Behandlungsverlauf zu erwarten.
- Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zeigen bei rezidivierend Straffälligen besondere Ausprägungen. So weisen Straftäter oft erhöhte Werte auf den grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion auf (Eysenck 1964). Sie tendieren stärker zu impulsivem Verhalten (Herpertz et al. 2000), sind weniger ängstlich bzw. zeigen geringere „harm avoidance“ und einen ausgeprägteren „Reizhunger“ (sensation seeking, Cloninger et al. 1981). Im NEO-FFI wiesen Menschen mit einer antisozialen Störung geringere Werte auf der Skala „Gewissenhaftigkeit“ auf (Duggan et al. 2003). Die Annahme liegt nahe, dass entsprechende Merkmale auch zu einem problematischen Behandlungsverlauf beitragen können. Allerdings ist es bisher kaum gelungen, Persönlichkeitsmerkmale bei Süchtigen zu identifizieren, die den Verlauf einer Therapie vorherzusagen vermögen. Auch Motivationsmerkmale leisten wenig hinsichtlich längerfristiger Verhaltensvorhersagen (Pfeiffer 1989). Schallast (2000) beschrieb einen dimensional Faktor positiver Einstellung zur Behandlung („zuversichtlich / motiviert zu Abstinenz und Mitarbeit“), der einen gewissen Zusammenhang mit dem Behandlungsverlauf bei Maßregelpatienten erkennen ließ.

Methodik der eigenen Untersuchung

Basiserhebungen

Abbildung 2 gibt einen schematischen Überblick über die Bausteine der empirischen Erhebung. Bei 150 Alkoholpatienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB erfolgte eine eingehende psychologische Untersuchung. Es wurden Merkmale erfasst, von denen vermutet wird, dass sie im Hinblick auf Therapieverlauf und zukünftige Bewährung prognostisch bedeutsam sein können und dass sie diese Gruppe von den Alkoholpatienten ohne dissoziale Auffälligkeit sowie auch von Normalpersonen unterscheiden. Die Untersuchung von Maßregelpatienten beschränkte sich auf Alkoholpatienten, deren Unterbringung nach einem Gewaltdelikt erfolgt war oder die zumindest in der Vorgeschichte ein aktenkundiges Gewaltdelikt aufwiesen. Letzteres ist bei Untergebrachten mit Alkoholproblemen in aller Regel der Fall (vgl. Schalast 2000, S. 66 f.). Die Beschränkung auf Alkoholpatienten mit Gewaltdelinquenz erfolgte, um eine kriminologisch abgrenzbare Gruppe zu betrachten, für die sinnvolle Vergleichsgruppen definiert werden können. Als Vergleichsgruppen wurden Alkoholpatienten ohne Gewaltproblematik, Strafgefangene und Normalpersonen herangezogen.

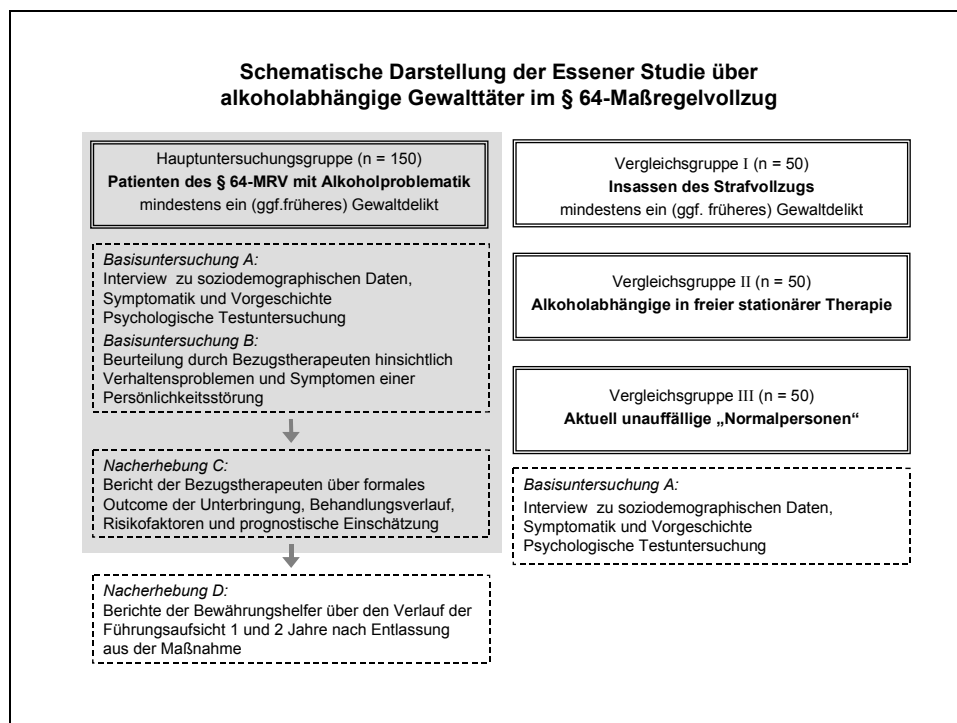


Abbildung 2: Schematische Darstellung des Untersuchungsprojektes. Der Ausschnitt der Datenerhebung, der in diesem Zwischenbericht behandelt wird, ist grau unterlegt.

Der Gruppenumfang von $n = 150$ für die Maßregelgruppe war mindestens erforderlich, um innerhalb der Stichprobe Teilgruppen der Patienten beschreiben und insbesondere zwischen hinreichend großen Gruppen mit günstigem und ungünstigem Outcome differenzieren zu können. Für die Vergleichsgruppen erschienen Stichprobenumfänge von jeweils $n = 50$ ausreichend. Innerhalb dieser Gruppen soll keine Typisierung erfolgen. Differenzen zwischen Maßregelpatienten und Vergleichsgruppen sind für die Praxis nur bedeutsam, wenn sie auch bei mäßigen Stichprobenumfängen Signifikanz erlangen.

Verlaufsuntersuchung

Bei den Patienten des Maßregelvollzugs wurden am Ende der Unterbringung die Kliniktherapeuten um eine Rückmeldung über das formale Ende der Maßnahme, über den Behandlungsverlauf und ihre Einschätzung der Prognose des Patienten gebeten. Mit dem schriftlichen Einverständnis des Patienten wurde seine Entlassungsanschrift erfragt, um Kontakt zur zuständigen Bewährungshilfe bzw. Führungsaufsichtsstelle aufnehmen zu können. Jeweils ein und zwar Jahre nach Entlassung aus der Maßnahme wird der zuständige Bewährungshelfer gebeten, auf einem kurzen Erhebungsbogen über den Verlauf der Führungsaufsicht und seine Einschätzung des Patienten zu berichten.

Beschränkung der Auswertung in diesem Projektbericht

Wie schon in der Vorbemerkung (S. 7) thematisiert, beschränken wir uns in diesem Zwischenbericht auf die Darstellung der bei den § 64-Patienten erfassten Merkmale und untersuchen ihre Bedeutung für den Behandlungsverlauf. Der in diese Auswertung eingehende Teil der Datenerhebung ist im Schaubild Abbildung 2 grau unterlegt. Sowohl die Evaluation für die Vergleichsgruppen als auch die Auswertung im Hinblick auf katamnestische Befunde erfolgt im Abschlussbericht.

Erhebungsinstrumente und psychometrische Verfahren

Im folgenden werden die im Rahmen der Basisuntersuchung und der Abschlussuntersuchung vor Entlassung aus der Maßnahme eingesetzten Untersuchungsverfahren stichwortartig erläutert.

Strukturiertes Eingangsinterview zur Erhebung von Anamnese und Hintergrundmerkmalen

Das für das Projekt entwickelte strukturierte Interview zur Erhebung von sozialen und biographischen Daten sowie der forensischen und suchtspezifischen Anamnese ist in der Anlage beigelegt. Erfragt werden unter anderem:

- Krankheitsvorgeschichte (momentanes körperliches Befinden, chronische gesundheitliche Probleme, Verletzungen, Suizidversuche etc.).
- Schule, Beruf, Erwerbstätigkeit (Schulform, Schulabschluss, Berufsabschluss, letzte ausgeübte Berufstätigkeit, Arbeitslosigkeit vor der Aufnahme, Einkommensquelle vor der Aufnahme, Stabilität in Arbeitsverhältnissen, Verschuldung etc.).
- Familie und Sozialbeziehungen (primäre Bezugspersonen, Beziehungsabbrüche, familiäre Belastungsfaktoren, Stabilität von Beziehungen, aktueller Familienstand, Wohnsituation vor Aufnahme etc.).
- Suchtanamnese (Alter bei ersten Intoxikationen, Substanzen, Frequenz und Dauer des Konsums, somatische Komplikationen, Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen, Abstinenzphasen).
- Forensische Anamnese (Anzahl der Eintragungen im Bundeszentralregister, Delikttypen in der Vorgeschichte, Beginn der Straffälligkeit, Hafterschaft, frühere Maßregelungen).
- Ergänzendes Studium von Aktenunterlagen zur Überprüfung bestimmter Patientenangaben (v.a. zur forensischen und Suchtanamnese).

Auf der Grundlage der Angaben und Ergebnisse erfolgte die Einschätzung der zehn sogenannten historischen Items des HCR-20 (siehe S. 24).

Fragebogenverfahren (Selbstbeschreibung)

Die Probanden haben eine Reihe von Fragebogenverfahren zur Einschätzung allgemeiner sowie such- und delinquenzspezifischer Persönlichkeitsmerkmale bearbeitet, und zwar im Anschluss an das Eingangsinterview in Gegenwart der Untersucherinnen.

Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI)

Das von Andresen (2001) entwickelte und veröffentlichte HPI zur Messung grundlegender Persönlichkeitszüge baut auf dem „Fünf-Faktoren-Modell“ der Persönlichkeit auf, erweitert dieses jedoch um den Faktor „Risiko- und Kampfbereitschaft“, der für die Differenzierung von Persönlichkeitsstörungen Relevanz besitzt (Andresen 2000). Die Persönlichkeitsdimensionen lauten im einzelnen:

- Nervosität (psychosoziale Stressreagibilität, Bereitschaft zu negativen Affekten: entspricht Neurotizismus);
- Extraversion (positiv-emotionale und sozial-interaktive Erlebnisbereitschaft);
- Offenheit für Erfahrung (kulturoffene, unkonventionelle und nachdenkliche Einstellung);
- Kontrolliertheit und Normorientierung (Konsequenz, Rigidität, Selbstkontrolle);
- Altruismus (prosoziale Orientierung, Empathie, Friedfertigkeit);
- Risiko- und Kampfbereitschaft (kämpferisches, sportives, wettbewerbsorientiertes Verhalten, Abenteuerlust, Verantwortungsübernahme).

Jeder Skala sind 14 Items zugeordnet, zu denen der Proband auf vierstufigen Skalen Stellung nimmt (völlig unzutreffend, eher unzutreffend, eher zutreffend und völlig zutreffend). Die Normierung erfolgte an einer soziodemographisch heterogenen Stichprobe von 1665 Personen.

Hamburger-Alkoholismus-Katalog (HAK)

Der HAK dient der psychometrischen Erfassung bestimmter Aspekte einer Alkoholabhängigkeit (Schwoon & Schröter 1996). Er wurde als ökonomisches Verfahren auf der Grundlage von vier gebräuchlichen Fragebögen zur Alkoholabhängigkeit entwickelt. Die 47 Items werden bei der Auswertung den folgenden sieben Skalen zugeordnet:

- HAK-I: Positive Trinkmotive (hohe Scores auf der Skala sprechen für positiv erlebte kognitive, affektive und konative Veränderungen unter Alkoholeinfluss);
- HAK-II: Trinken in Gesellschaft (Alkohol als Mittel der Integration in eine alkoholaffine Subkultur);
- HAK-III: Affektive Veränderung durch Trinken (Nutzung des Alkohols, um gezielt Stimmungen zu verändern).
- HAK-IV: Süchtiges, andauerndes Trinken (beschreibt das Ausmaß der Abhängigkeitsentwicklung);
- HAK-V: Verlust der affektiven Kontrolle (dieser Score hat signifikante Beziehungen zu niedriger sozialer Integration und zu Straftaten);
- HAK-VI: Psychiatrische Symptome (korreliert mit somatischen Folgeschäden);
- HAK-VII: Einsatz anderer psychotroper Substanzen (zeigt, so die Autoren, geringe Zusammenhänge mit anderen Variablen, weshalb von einer Interpretation abgeraten wird).

Die Antwortskalierung der meisten Items lautet: oft, manchmal, selten, nie.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Frühe traumatische Erfahrungen gelten als wichtige Ursache sowohl für Sucht- als auch dis-soziale Entwicklungen. Die retrospektive Erhebung entsprechender Erlebnisse erfolgt mit Hilfe einer deutschen Version des Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al. 1994) ⁷. Je fünf Items dienen der Einschätzung der folgenden fünf Dimensionen:

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

Die Antwortskala hat die fünf Stufen: nie, selten, manchmal, oft, sehr oft.

ADHD-Fragebogen nach Miller & Blum (1996)

Das Syndrom einer kindlichen Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung spielt bei der Erklärung von Suchtentwicklungen eine Rolle (Küfner et al. 2000) und spricht – zumindest in Verbindung mit sonstigen frühen Anpassungsproblemen – für eine eher ungünstige Sozialprognose (Lie 1992). Die retrospektive Einschätzung hinsichtlich dieser Störung erfolgt mit einem Fragebogen von Miller & Blum (1996) ⁸.

Mit dem Fragebogen werden die folgenden Symptomdimensionen retrospektiv eingeschätzt:

- Überhöhte Reizwahrnehmung (Erleben der Störung durch äußere Reize);
- Unaufmerksamkeit;
- Hyperaktivität/Impulsivität;
- Soziale und emotionale Konsequenzen;
- Kontrolle unter Alkohol/Drogen (subjektives Erleben, Symptome mittels Alkohol/Drogen lindern zu können).

⁷ Wir danken Herrn Dr. Küfner, IFP München, für die Überlassung der deutschen Übersetzung des Verfahrens; vgl. Küfner et al. (2000)

⁸ Wiederum danken wir Herrn Küfner für eine deutsche Version des Verfahrens.

Die 59 Items sind mit ja oder nein zu beantworten.

Barratt-Impulsiveness-Scale – Motorische oder Verhaltensdimension

Das Verhaltensmerkmal Impulsivität gilt als wichtiger Risikofaktor im Hinblick auf ungesteuertes aggressives Verhalten (Barratt 1994, Herpertz 2001, vgl. auch Monahan et al. 2000). Die Barrat- Impulsiveness-Scale (Patton et al. 1995) ⁹ misst den Grad an Impulsivität, der sich in Handlungen und in Beurteilungen von Situationen widerspiegelt. Sie besteht aus insgesamt 34 Items, die den drei Skalen „fehlendes Planen“, „Verhalten/motorische Dimension“ und „kognitive Dimension“ (non-planning, motor, cognitive) zugeordnet sind. In unserer Studie wurde nur die kurze Verhaltens- oder motorische Dimension verwendet (11 Items).

Risikoneigung (sensationssuchend - gefahrenmeidend) des Eysenck-Personality-Profiler

Die deutschsprachige Version des EPP-D (Bulheller und Häcker, 1998) enthält nach Reduktion des englischen Original-Fragebogens (Eysenck Personality Profiler; Eysenck & Wilson 1991) insgesamt 14 Skalen mit 176 Items und erfasst die Konstruktbereiche Extraversion, Emotionalität, Risikoneigung und Offenheit. In der vorliegenden Studie wurde nur die Skala „sensationssuchend – gefahrenmeidend“ des Konstruktbereichs Risikoneigung verwendet. Novelty Seeking oder Sensation Seeking ist ein wichtiges Konzept im Zusammenhang mit der Erklärung und Differenzierung von Suchtverhalten und Persönlichkeitsstörungen (Cloninger 1987, Sigvardsson et al. 1996). Erhöhte Sensationssuche (sensation seeking) und geringe Gefahrenmeidung (harm avoidance) zeichnen den früh auffälligen Typ 2 des Alkoholismus mit stärkerer sozialer Anpassungsproblematik aus. Die 16 Items der eingesetzten Skala sind zu beantworten mit „ja“ oder „nein“.

State-Trait-Ärgerausdrucksinventar (STAXI)

Das STAXI ist ein Selbstbeschreibungsvorgehen zur Erfassung von Ärger und Ärgerausdruck (Schwenkmezger et al. 1992). Beschrieben wird, in welchem Ausmaß und welcher Weise eine Person Ärger und Wut erlebt und mit dieser umgeht (sie hemmt oder ausdrückt). Die 44 Items werden bei der Auswertung fünf Hauptskalen zugeordnet:

- Ärger-Zustand (state-anger): erfasst die Intensität von Ärger zu einem bestimmten Zeitpunkt.

⁹ Hier gilt unser Dank Frau Prof. Dr. Sabine Herpertz, Rostock, von der wir eine Übersetzung übernommen haben; vgl. Herpertz (2000, 2001).

- Ärger-Disposition (trait-anger) erfasst interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der Bereitschaft, in einer ärgerprovozierenden Situation mit erhöhtem Zustandsärger zu reagieren.
- Nach innen gerichteter Ärger (anger-in): Häufigkeit, mit der ärgerliche Gefühle unterdrückt und nicht abreagiert werden.
- Nach außen gerichteten Ärgers (anger-out): Häufigkeit, mit der ärgerliche Gefühle gegen andere Personen oder Objekte gerichtet werden.
- Ärger-Kontrolle (anger control): Häufigkeit von Versuchen, Ärger zu kontrollieren bzw. nicht aufkommen zu lassen

Da in unserer Untersuchung das Ausmaß des situativen Ärgers zum Untersuchungszeitpunkt weniger interessierte als die allgemeine Ärgerdisposition und die Mechanismen der Ärgerverarbeitung, wurde auf die zehn Items der ersten Skala verzichtet. Die verbleibenden 34 Items werden auf einer vierstufigen Häufigkeitsskala beantwortet (fast nie, manchmal, oft, fast immer).

Fragebogen zu Ärger und Wut

Einer Veröffentlichung von Knight et al. (1998) wurden neun Items entnommen, die das Erleben von Wut und Feindseligkeit beschreiben. Diesem wurden zwei von den Verfassern formulierte Items hinzugefügt. Wie auf Seite 106 des Anhangs dargestellt, ergab eine Faktorenanalyse des Fragebogens im Gesamtdatenpool zwei starke Faktoren. Sieben Items können einer Skala „Wutaffekte“ zugeordnet werden, drei Items einer Skala „Alkoholspezifische Aggression“.

Brief Symptom Inventory (BSI)

Eine Erfassung der aktuellen Belastung durch psychische Symptome erfolgt mit dem Brief Symptom Inventory (Franke 2000), einer gekürzten Form des Selbstbeurteilungsverfahrens SCL-90-R (Derogatis, 1992; Franke, 1995). Der Test erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 53 körperliche und psychische Symptome in den letzten sieben Tagen. Die 53 Items können neun Skalen zugeordnet werden (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus). Das Ausmaß der Beschwerden wird auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt (von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“). Bei der Auswertung werden neben Werten auf den Einzelskalen drei globale Kennwerte bestimmt, insbesondere der „Global Severity Index“ (Generelle psychische Belastung).

Stationserfahrungsbogen (SEB)

Der Stationserfahrungsbogen (SEB) wurde entwickelt, um Aspekte des subjektiven Verlaufs einer stationären Psychotherapie zu erfassen (Sammet & Schauenburg, 1999). Die 38 Fragebogen-Items beziehen sich jeweils auf das Erleben in der letzten Woche. Beschrieben werden die folgenden Merkmale:

- Selbstwirksamkeit (individuelles Problemlöseverhalten);
- Beziehung zum therapeutischen Team (therapeutische Atmosphäre, gute Beziehung zum Team);
- Beziehung zum Einzeltherapeuten (Nähe, Vertrauen, Gefühl des Verstandenseins);
- Gruppenklima (Atmosphäre zwischen den Patienten);
- Zuwendung durch Mitpatienten (Gefühl von Unterstützung und Zugehörigkeit);
- Angemessenheit der Behandlungsintensität .

Verfahren zur Fremdbeurteilung

Hinsichtlich bestimmter Merkmale und Verhaltenstendenzen wurden die Probanden von ihren Bezugstherapeuten und von den Untersucherinnen eingeschätzt. Die Verfahren sind im Folgenden kurz beschrieben.

Anger Rating Index

Bei dem Anger Rating Index (Novaco, 1994) handelt es sich um ein kurzes Verfahren zur Beurteilung der Häufigkeit impulsiv-reizbarer Verhaltensweisen. Dieser Index fand über mehrere Jahre Verwendung im jährlichen „Level of Care Survey“ (LOCS) des California Department of Mental Health. Die von den Verfassern übersetzte Version des Verfahrens ist auf Seite 107 des Anhangs wiedergegeben.

Psychopathy Checklist, Screening Version (PCL:SV)

Die Psychopathy¹⁰-Checkliste dient der Beurteilung von Einstellungen und Verhaltensweisen, die dem auf Cleckley (1941) zurückgehenden amerikanischen Psychopathy-Konzept entsprechen. Cleckley beschrieb sechzehn Merkmale eines prima vista unauffälligen, aber in seinen sozialen Bezügen, seiner Bindungs-, Lern- und Anpassungsfähigkeit tief gestörten Menschen.

¹⁰ Zur Abgrenzung vom traditionellen (europäischen) Psychopathiebegriff verwenden wir die amerikanische Schreibweise.

Bezugnehmend auf diese Arbeit entwickelte Hare eine Beurteilungsliste, die in der 1985 veröffentlichten Version 20 Items umfasste (PCL-R, Hare 1985, 1991). Weitere Skalenanalysen ergaben (zunächst), dass die Items des Verfahrens sich im Wesentlichen zwei Faktoren zuordnen ließen. Durch Selektion von Items, die keine starken Ladungen auf den beiden Faktoren aufwiesen, entstand die in unserer Untersuchung eingesetzte Screening Version (PCL:SV) des Verfahrens (Hart et al. 1995).

Die PCL:SV umfasst zwölf Items. Die dem ersten Faktor zugeordneten sechs Items beschreiben eine dem Psychopathy-Konzept entsprechende Persönlichkeitsstruktur (interpersoneller/affektiver Stil): narzisstisch, dominant, unempathisch, angstfrei. Die Items des zweiten Faktors betreffen sozial deviantes Verhalten: impulsiv, ziellos, delinquent. Aktuell wird in der Debatte um das Psychopathy-Konzept darüber gestritten, ob der Störung nicht drei oder auch vier abgrenzbare Verhaltens- oder Eigenschaftsfaktoren zugrunde liegen (Douglas & Poythress 2004, Campbell et al. 2004).

Die Beurteilung auf der PCL:SV erfolgt auf der Grundlage eines Interviews und der ergänzenden Auswertung vorhandener Akten und Krankengeschichten. Die Ausprägung des jeweiligen Items wird mit 0 (nicht vorhanden), 1 (teilweise vorhanden, ggf. früher stärker ausgeprägt) oder 2 (Merkmal vorhanden) codiert. Der maximal zu erreichende Punktwert liegt bei 24 Punkten. Erreicht ein Proband zwischen 13 und 17 Punkten, so wirft dies die Frage einer Psychopathy auf („cave“). Ab 18 Punkten soll die Diagnose einer Psychopathy-Persönlichkeit gerechtfertigt sein. Falls es um Fragestellungen von größerem Gewicht geht, soll sich der Einschätzung mit der PCL:SV eine vollständige Beurteilung mit der PCL-R anschließen.

HCR-20

Der HCR-20 (Webster et al. 1997, deutsche Fassung: Müller-Isberner et al. 2000) ist ein klinisches Beurteilungsverfahren zur Einschätzung des Risikos erneuter Gewalttätigkeit. Die 20 Items des Verfahrens lassen sich den Merkmalsgruppen Vorgeschichte (**h**istorical items), aktuelle Symptomatik und psychische Verfassung (**c**linical items) und zukünftige Bedingungen bzw. Risiken (**r**isk factors) zuordnen. Der HCR-20 und die damit erhobenen Ergebnisse werden in diesem Zwischenbericht noch nicht vollständig dargestellt, denn die Items 11 bis 20 (klinische und Risikomerkmale) wurden erst zum Zeitpunkt der Entlassung von den Bezugstherapeuten eingeschätzt. Der Beitrag der historischen Items zur Vorhersage des Outcomes wird jedoch geprüft.

Intelligenz

Aus Gründen der Untersuchungsökonomie wurde auf eine eingehende Intelligenzuntersuchung verzichtet. Es erfolgte vielmehr ein „Screening“ und eine Zuordnung der Probanden zu den vier Kategorien „erheblich unterdurchschnittliche“ (Prozentrang < 6), „unterdurchschnittliche“ (PR zwischen 6 und 25), „mittlere“ (PR 25 bis 75) und „überdurchschnittliche“.

Intelligenz“ (PR über 75). Wenn in der entsprechenden Einrichtung eine Intelligenztestung durchgeführt worden war, erfolgte die Einschätzung auf der Grundlage des dortigen Untersuchungsergebnisses. Andernfalls wurde der MWT-B (Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest, Lehrl 1977) als Kurzverfahren durchgeführt. Für des Lesens und Schreibens nicht kundige Probanden war in diesem Falle eine Testung mit dem SPM-Test von Raven (Heller et al. 1998) vorgesehen, worauf jedoch in keinem Falle zurückgegriffen werden musste.

Beurteilung im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen gemäß DSM-IV / ICD-10

Einschätzung durch die Untersucherinnen mittels SKID-II

Die Untersucherinnen standen vor der Aufgabe, bei ihnen unbekannten Personen im Rahmen einer Untersuchungssitzung (und ggf. unter Berücksichtigung von Informationen aus den Krankengeschichten) Hinweise auf Persönlichkeitsstörungen zu erheben. Sie führten zu diesem Zweck das SKID II – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV – durch (Fydrich et al. 1997). Es dient der kategorialen Diagnose von Persönlichkeitsstörungen nach dem „Diagnostischen und statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-IV“ (Saß et al. 1996). Geprüft wird das Vorliegen von zehn Persönlichkeitsstörungen, die drei „Clustern“ zugeordnet werden können:

Cluster A „sonderbar, exzentrisch“

Paranoide, schizoide, schizotypische Persönlichkeitsstörung

Cluster B „dramatisch, emotional, launisch“

Antisoziale, Borderline-, histrionische, narzisstische Persönlichkeitsstörung

Cluster C „ängstlich, furchtsam“

Vermeidend-selbstunsichere, dependente, zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Einschätzung durch die Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mittels IDCL-P

Bei den Bezugstherapeutinnen und -therapeuten war davon auszugehen, dass ihnen die Patienten mit ihren Eigenarten wohlvertraut sind. Dennoch wäre es unzweckmäßig gewesen, sie einfach nach diagnostischen Einschätzungen zu fragen. Um auch bei ihnen die Orientierung an einem einheitlichen Klassifikationssystem zu gewährleisten und die Zuverlässigkeit der Einschätzungen zu verbessern (vgl. Grilo & McGlashan 1999), wurden sie um Bearbeitung der IDCL-P gebeten (Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen, deutsche Fassung von Bronisch et al. 1995). Die verwendete Form listet alle Symptome von Persönlichkeitsstörungen gemäß ICD-10 (Dilling et al. 1993) auf, deren Vorhandensein (nein, Verdacht, ja) von den Beurteilern einzuschätzen ist.

Entsprechend dem Klassifikationssystem ICD-10 können die folgenden spezifischen Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden: Paranoide, Schizoide, Dissoziale, Emotional instabile (vom impulsiven und vom Borderline-Typus), Histrionische, Anankastische, Ängstliche (vermeidende) und Abhängige Persönlichkeitsstörung.

Einschätzung des Behandlungsverlaufs bei den Patienten des Maßregelvollzugs

Die Bezugstherapeuten der Patienten wurden bei Ende der Unterbringung um eine Rückmeldung über den formalen Abschluss der Unterbringung (vor allem Entlassung zur Bewährung vs. Beendigung wegen Aussichtslosigkeit), über die Häufigkeit problematischer Vorkommnisse und ihre Einschätzung der Prognose des Patienten gebeten. Die Erhebung erfolgte mit einer Adaptation des bei Schalast (2000, S. 208-210) veröffentlichten Erhebungsbogens. Der Bogen wurde ergänzt um die fünf „klinischen Items“ und die fünf „Risikoitems“ des HCR-20 (siehe oben Seite 24).

Stichprobenerhebung

Die Erhebung der Stichprobe alkoholabhängiger Gewalttäter im MRV gemäß § 64 StGB erfolgte in Zusammenarbeit mit den Kliniken für Forensische Psychiatrie in Bedburg-Hau und Viersen (Rheinland), Schloss Haldem (Westfalen), Hadamar (Hessen) und Bad Rehburg (Niedersachsen). Zunächst wurden die Leitungen der Einrichtungen und im zweiten Schritt die Behandlungsteams der infrage kommenden Stationen über das Forschungsprojekt informiert und gebeten, Patienten auf unser Vorhaben hinzuweisen. Hierfür stand ein Informationsblatt zur Verfügung, welches inhaltlich mit der Landesbeauftragten für den Datenschutz in NRW abgestimmt war. Dank finanzieller Unterstützung durch die DFG konnte den Patienten eine finanzielle Belohnung von 15 € für die Teilnahme angeboten werden. Anfangs haben die Projektmitarbeiterinnen versucht, die Patienten in Info-Runden auf der Station für die Teilnahme zu gewinnen. Dies erwies sich als schwierig. Stattdessen übernahmen dann die Stationstherapeutinnen und -therapeuten die Aufgabe, Patienten zu informieren und die Bereitschaft zur Teilnahme zu wecken. Auf diese Weise wurde erreicht, dass über 80 % der infrage kommenden Patienten einbezogen werden konnten (was sicherlich auch dem finanziellen Obolus zu danken war).

Die KlinikmitarbeiterInnen wurden gebeten, bei der Auswahl von Patienten folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Die Entlassung des Patienten sollte nicht innerhalb der nächsten 6 Monate zu erwarten sein (um den prospektiven Charakter der Erhebung sicherzustellen).

- Der Patient sollte primär eine Alkoholproblematik aufweisen.
- Er sollte wegen einer Aggressions- bzw. Gewalttat untergebracht oder zumindest in der Vorgeschichte einmal wegen einer solchen Tat verurteilt worden sein.

Letzteres traf auf die ganz überwiegende Zahl der Patienten auf den betreffenden Stationen zu. Patienten mit einer ausschließlichen Vorgeschichte von z.B. gewaltfreien Eigentumsdelikten oder Straßenverkehrsdelikten sind seltene Ausnahmen. Patienten ohne strafrechtliche Vorbelastung sind wegen erheblicher Delikte, fast immer Gewalttaten, untergebracht, weil andernfalls die Unterbringung kaum verhältnismäßig wäre (§ 62 StGB).

Aufgrund des Vorgehens bei der Rekrutierung der Stichprobe von 150 Patienten waren folgende Besonderheiten bei der erfassten Gruppe zu vermuten:

- Im Hinblick auf Kooperationsbereitschaft und therapeutische Ansprechbarkeit stellt die Stichprobe sicherlich keine Negativauswahl dar. Eher sind etwas günstigere motivationale Voraussetzungen im Vergleich zu einem völlig unausgelesenen Patientenkollektiv nicht auszuschließen.
- Patienten, bei denen besonders früh eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erfolgte, sind möglicherweise unterrepräsentiert.

Es handelt sich nicht um eine Eingangsuntersuchung. Die Unterbringungszeiten zum Zeitpunkt der Erhebung streuen breit. Die meisten Patienten sind den Klinikmitarbeitern zum Zeitpunkt der Erhebung gut bekannt.

Ergebnisse

Merkmale der Stichprobe

Im folgenden werden einige Merkmale der Stichprobe beschrieben und kommentiert. Es erfolgt dann ein Vergleich der untersuchten Gruppe mit Statistiken der jährlichen bundesweiten Stichtagserhebung zum Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB (von der Haar 2003).

Tabelle 1 listet zunächst einige zeitliche Parameter auf. Da die Erhebung ja nicht als Eingangsuntersuchung durchgeführt wurde, ist die zeitliche Differenz zwischen dem Zeitpunkt der Untersuchung und der Entlassung von Interesse. Die Statistiken zeigen, dass die Untersuchung im Durchschnitt lange - über ein Jahr - vor der Entlassung erfolgte. Dabei sind die bisher nicht entlassenen Patienten noch nicht einmal berücksichtigt.

Statistische Kennwerte: Zur Beschreibung einiger Merkmalsverteilungen werden unter anderem der **Median** (MD) sowie das 10. und 90. **Perzentil** der Verteilung angegeben.

Der Median ist einfach der mittlere Wert einer Datenreihe. Vor allem bei sehr schiefen Verteilungen kann er vom arithmetischen Mittelwert (MW) erheblich abweichen (siehe zum Beispiel „Hafterfahrung“). Einzelne Extremwerte beeinflussen den arithmetischen Mittelwert einer Verteilung deutlich, den Median jedoch nicht.

Zwischen dem 10. und dem 90. Perzentil einer Verteilung liegen 80 % aller Werte. Während die Extremwerte oft einzelne „Ausreißer“ darstellen, beschreiben das 10. und 90. Perzentil meist recht gut die Streubreite eines Merkmals.

Das **Altersspektrum** der Patienten bewegt sich zum Zeitpunkt der Untersuchung überwiegend zwischen 25 und 46 Jahren, mit einem Median (und Mittelwert) bei 36 Jahren. Zum Untersuchungszeitpunkt dauert die Unterbringung im Mittel (Median) noch kein Jahr an, und die Patienten werden noch über ein Jahr in der Maßnahme verbleiben. Die Gruppe zeichnet sich insgesamt durch recht frühe erste Straffälligkeit aus: bei über der Hälfte betrifft der erste Eintrag das 14. bis 18. Lebensjahr. Die parallel zur Unterbringung angeordneten **Freiheitsstrafen** (nur sieben Probanden waren gemäß § 20 StGB nicht bestraft worden) sind erheblich, liegen überwiegend zwischen einem und sieben Jahren, mit einem Mittel bei drei Jahren. Dennoch übersteigt die bisherige **Gesamthafterfahrung** bei mehr als der Hälfte der Probanden zwei Jahre nicht. Wegen einzelner sehr hoher Werte - acht Fälle mit mehr als 15 Jahren! - ist der arithmetische Mittelwert der Gesamthafterfahrung viel höher als der Median.

Einige Zeitparameter in der untersuchten § 64-Stichprobe (n = 150)

Merkmal	Median	10. Perzentil	90. Perzentil	Arithm. Mittelwert	Streuung
Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung	36 Jahre	25	46	36,1	8,7
Unterbringungsdauer zum Zeitpunkt der Untersuchung	9,5 Monate	1	26	12,3	10,4
Gesamtdauer bis Entlassung (alle Entlassenen, n = 127)	25 Monate	9	43	25,5	12,1
Erste Straffälligkeit laut Bundeszentralregister	18 Jahre	14	37	21,8	9,1
Anzahl Einträge im Bundeszentralregister	7	1	18	8,5	7,7
Länge der parallel angeordneten Freiheitsstrafe	36 Monate	12	84	42,7	28,9
Bisherige Gesamthafterfahrung	23,5 Monate	5	145	51,6	58,2

Tabelle 1: Einige zeitliche Parameter der Stichprobe. Der Median ist der mittlere Wert der Datenreihe. Zwischen dem 10. und dem 90. Perzentil liegen 80 % aller Fälle. Als Einträge im BZR wurden nur solche Vermerke berücksichtigt, die Aburteilungen wegen strafbarer Handlungen betrafen.

Ausgewählte Hintergrundmerkmale der Patienten

Merkmal	Prozentuale Anteile
Min. Hauptschulabschluss (oder gleichwertig)	65 % (davon 10,7 % auf Sonderschulen)
Abgeschlossene Berufsausbildung	40,3 %
Heimaufenthalt in der Vorgeschichte	25,3 %
verheiratet oder in fester Partnerschaft	18,7 %
Verschuldung (erfragt in DM)	über 10.000: 59,3 % , über 50.000: 24 %
Arbeitseinkommen vor Unterbringung	24,0 %
Über 1 Jahr arbeitslos vor Unterbringung	48,7 %

Tabelle 2: Ausgewählte Daten zum sozialen Hintergrund der untersuchten Gruppe von 150 „Alkoholgewalttätern“ im § 64-Maßregelvollzug

Die wenigen in der vorstehenden Tabelle 2 dargestellten **Hintergrundmerkmale** der untersuchten Gruppe machen ihre soziale Randständigkeit in hohem Maße deutlich. 35 Prozent besitzen keinen Schulabschluss, nur gut die Hälfte der Gruppe hat auf einer Hauptschule oder einer höheren Schulform einen Schulabschluss erreicht. Nur zwei Fünftel besitzen einen Berufsabschluss. Ein Viertel verfügt über Heimerfahrung. Einen Halt in einer stabilen Part

nerschaft besitzt weniger als ein Fünftel der Gruppe. Der Grad der Verschuldung der Patienten ist hoch, beträgt bei etwa einem Viertel der Stichprobe mehr als 50.000 DM. Dabei hatte nur ein Viertel vor der Inhaftierung oder Unterbringung seinen Lebensunterhalt überhaupt aus Arbeitseinkommen bestritten (2 % aus Rente). Fast die Hälfte der Probanden war im Jahr vor dem Freiheitsentzug ausschließlich arbeitslos.

Unterbringungsdelikte

Abbildung 3 veranschaulicht die Verteilung der Unterbringungsdelikte. Aufgrund der Vorgaben bei der Stichprobenerhebung war ein hoher Anteil an Gewaltdelikten zu erwarten. Doch ist bei etwa 10 % der Fälle das Anlassdelikt kein Gewaltdelikt. (In diesen Fällen gibt es ein aktenkundiges Gewaltdelikt in der Vorgeschichte!) Auffällig ist der hohe Anteil gewalttätiger Eigentumsdelikte (Raub, räuberische Erpressung). Diese sind allgemein eher Unterbringungsanlass bei drogenabhängigen Tätern (neben BtMG-Verstößen). Ob die Verteilung der Delikte sich von der Grundgesamtheit alkoholabhängiger § 64-Patienten überhaupt substantiell unterscheidet, wird beim folgenden Vergleich mit Daten der bundesweiten Stichtagserhebung erörtert.

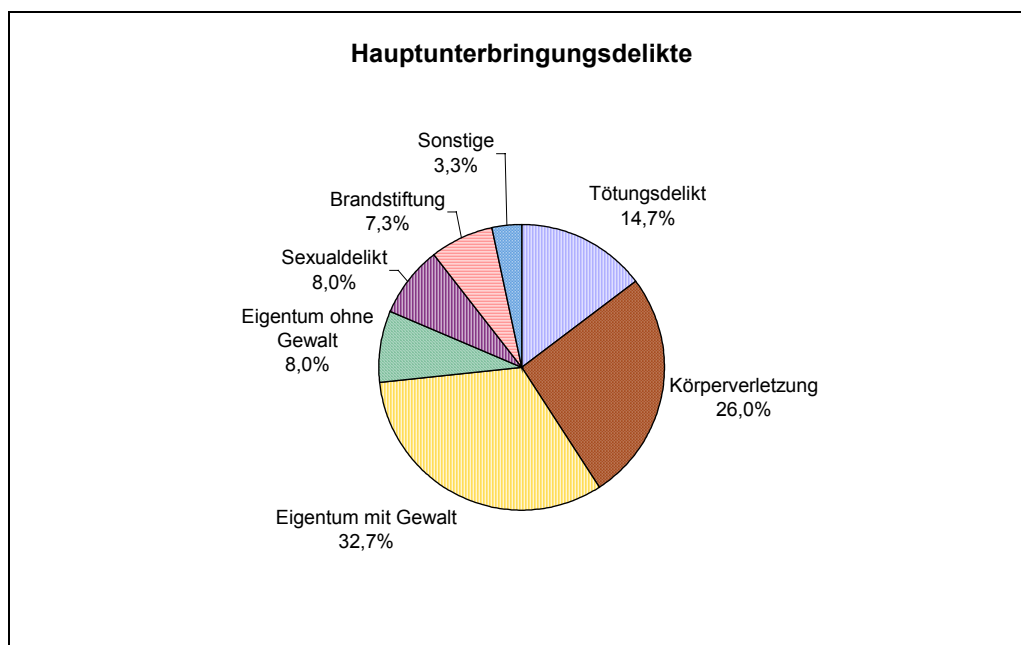


Abb. 3: Hauptunterbringungsdelikte. Bezug: n = 150 Fälle. „Eigentumsdelikte ohne Gewalt“ sind vor allem Diebstahl und Betrug, „Eigentumsdelikte mit Gewalt“ Raub und räuberische Erpressung. Bei den Sexualdelikten handelt es sich überwiegend um Vergewaltigung und sexuelle Nötigung, z.T. in TE mit Körperverletzung; nur ein Patient wurde ausschließlich wegen sexuellen Missbrauchs verurteilt. Zur Gruppe „Sonstige“ gehören BtMG- und Straßenverkehrsdelikte sowie Beleidigung/ Bedrohung.

Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit alkoholabhängiger § 64-Patienten

Tabelle 3 stellt einige Merkmale der von uns erfassten Gruppe Statistiken aus der jährlichen § 64-Stichtagserhebung (von der Haar 2003) gegenüber. Die Stichprobe von 150 „Alkoholgewalttätern“ ist mit der Grundgesamtheit der § 64-Patienten mit Alkoholproblematik in vieler Hinsicht vergleichbar. Obwohl unsere Untersuchung Gewalttäter fokussiert - Vorgabe: zumindest in der Vorgeschichte ein Gewaltdelikt -, ist der Anteil an Tötungsdelikten in den Gruppen identisch. Körperverletzungen haben in der Stichprobe sogar einen etwas geringeren Anteil als in der Grundgesamtheit, ebenso Sexualdelikte. Dagegen ist in unserer Stichprobe wesentlich häufiger ein Eigentumsdelikt Anlass der Unterbringung, zum größeren Teil „Eigentumsdelikte mit Gewalt“ (Raub / räuberische Erpressung: 32,7 % der Stichprobe).

Vergleich unserer Stichprobe mit Hintergrunddaten der jährlichen Stichtagserhebung zum § 64-Maßregelvollzug (von der Haar 2003)

Merkmal	Eigene Stichprobe n = 150	§ 64-Stichtagserhebung Alkoholpatienten
Alter zum Untersuchungszeitpunkt / am Stichtag	MW: 36,1 Jahre	MW: 33 Jahre (mit Drogenpatienten)
Alter unter 30 Jahren	22,0 %	23,0 %
Alter min. 40 Jahre	32,7 %	39,8 %
Gesamthafterfahrung mehr ein Jahr	66,2 %	71 %
Bundeszentralregister: mehr als 5 Eintragungen	58,7 %	54,5 %
Parallele Freiheitsstrafe (Länge in Monaten)	MW: 43 Monate	MW: 38 Monate
Parallele Freiheitsstrafe über drei Jahre	43,3 %	45,5 %
Anlassdelikte der Unterbringung		
Tötungsdelikt	14,7 %	14,5 %
Körperverletzung	26,0 %	32,7 %
Sexualdelikt	8,0 %	13,0 %
Brandstiftung	7,3 %	8,0 %
Eigentumsdelikte mit und ohne Gewalt	40,7 %	23,3 %

Tabelle 3: Vergleich unserer Stichprobe mit einigen Kennzahlen der bundesweiten jährlichen § 64-Stichtagserhebung (von der Haar 2003). Die Angaben zur Vergleichsgruppe beziehen sich auf ungefähr 832 Fälle mit Alkoholabhängigkeit. Die Prozentwerte wurden aus Säulendiagrammen abgelesen (eventuell leichte Abweichungen in der Dezimalen möglich).

Die Altersverteilungen ähneln sich, wobei Patienten über 40 Jahre in unserer Stichprobe etwas weniger vertreten sind. Hinsichtlich Hafterfahrung und Einträgen im Bundeszentralregister gibt es keine bedeutsamen Unterschiede, ebenso wenig hinsichtlich der Länge einer neben der Unterbringung ausgesprochenen Freiheitsstrafe.

Aspekte des Unterbringungsverlaufs

Zum Zeitpunkt der Ausarbeitung dieses Zwischenberichtes dauert bei 23 der 150 untersuchten Patienten die Unterbringung noch an. Abbildung 4 stellt die verschiedenen Modi des Outcomes bzw. der Beendigung der Maßnahme dar. Tabelle 4 liefert dann einige zeitliche Parameter, bezogen auf die bisher entlassenen Patienten.

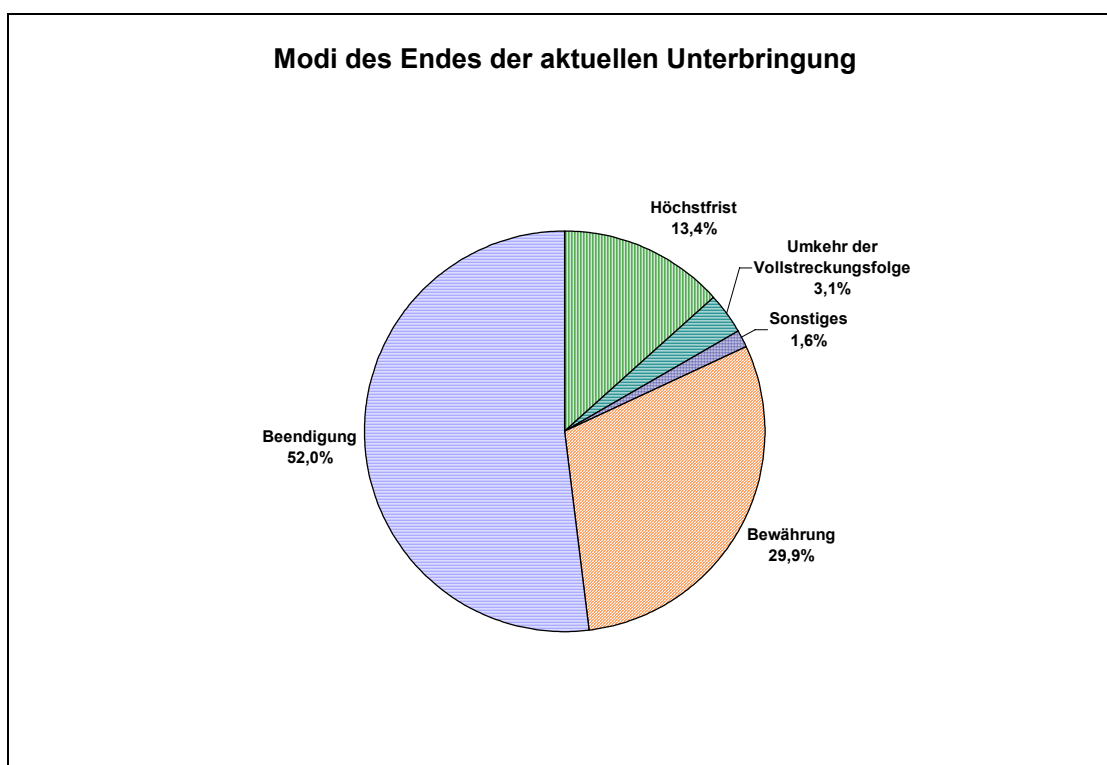


Abb. 4: Die Darstellung der Modi des Endes der aktuellen Unterbringung bezieht sich auf die 127 Patienten, bei denen zum Zeitpunkt der Erstellung des Projektberichtes die Maßnahme nicht mehr andauert.

Bewährung = Aussetzung der Unterbringung gemäß § 67d(2) StGB (n = 38)

Beendigung = Feststellung von „Aussichtslosigkeit“ gemäß § 67d(5) StGB (i.V.m. BVerfGE, 91,1) (n = 66)

Höchstfrist = Entlassung gem. § 67d(3) StGB (siehe FN 11) (n = 17)

Umkehr der Vollstreckungsfolge = Vorwegvollzug von Straftat gem. § 67(3) StGB (n = 4)

Sonstiges = Tod (1), Abschiebung (1)

Bemerkenswert ist zunächst einmal der hohe Anteil an Fällen, in denen die Maßnahme wegen „Aussichtslosigkeit“ beendet wird. Diesem problematischen Outcome konnten für weitere Analysen noch sechs Patienten hinzugezählt werden, bei denen der Vorwegvollzug von Haft¹¹ angeordnet wurde oder bei denen nach dem Erreichen der Höchstfrist keine Aussetzung der Reststrafe zur Bewährung erfolgte. Nicht einmal bei einem Drittel der Patienten endete die Maßnahme entsprechend dem „formalen Wunschziel“, nämlich einer Aussetzung eines Teils der Unterbringung und der Reststrafe zur Bewährung. Das Erreichen der Höchstfrist der Unterbringungszeit (§ 67d(3) StGB) kann allerdings verschiedene Gründe haben und muss nicht unbedingt auf einen problematischen Behandlungsverlauf hinweisen. Die Mehrzahl dieser Patienten wurde in die Freiheit entlassen. Patienten, die nach Erreichen der Höchstfrist in die Freiheit entlassen werden, werden daher bei den späteren Analysen zur Verlaufsprognose der Gruppe mit günstigem Outcome zugerechnet. Es gibt Grund zu der Hoffnung, dass der Anteil der zur Bewährung oder nach Erreichen der Höchstfrist in die Freiheit entlassenen Patienten unter den 23 noch untergebrachten Patienten relativ hoch sind wird.

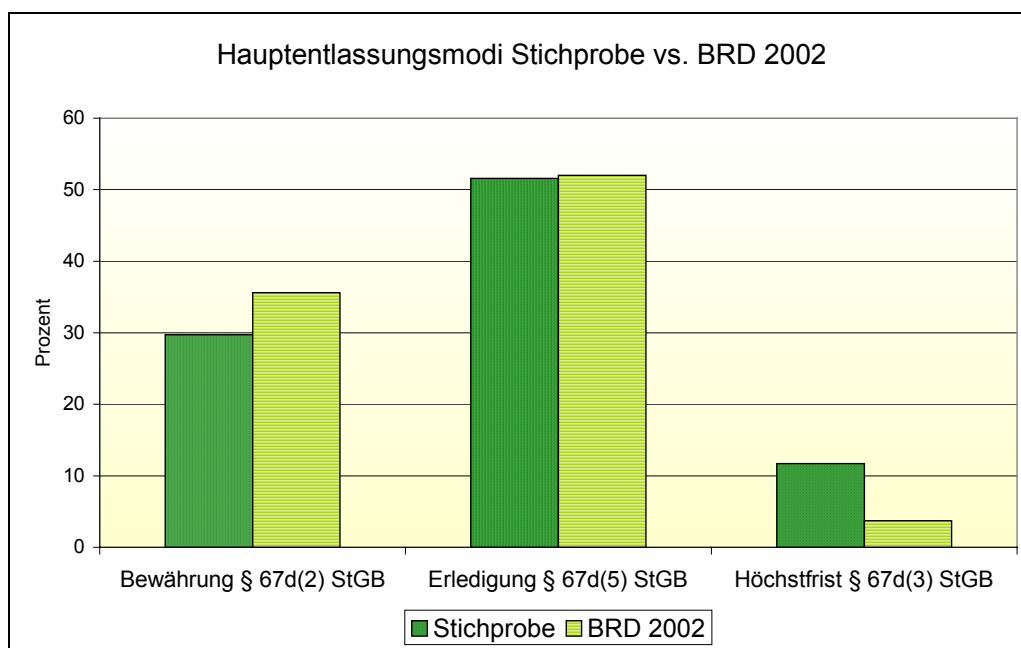


Abbildung 4: Vergleich der Hauptentlassungsmodi Stichprobe vs. Bundesrepublik (n = 843 Entlassungsfälle im Jahre 2002). Quelle der bundesweiten Daten: von der Haar (2003). Für die BRD erfolgte keine Differenzierung nach Alkohol- und Drogenabhängigkeit!

¹¹ Diese Fälle dürften im Grunde in den weiteren Analysen noch gar nicht berücksichtigt werden, da der Maßregelvollzug ja eigentlich nur unterbrochen wurde. Doch kehren die Patienten nicht in allen Fällen in die Unterbringung zurück. Eine Berücksichtigung dieser Patienten bei der Gruppe mit „problematischem Behandlungsverlauf“ ist allemal gerechtfertigt.

Die Verteilung der Entlassungsmodi stimmt insbesondere hinsichtlich der Häufigkeit von „Beendigungen“ oder „Erledigungen“ wegen Aussichtslosigkeit mit den von von der Haar (2003) für das Jahr 2002 berichteten Verhältnissen überein. Allerdings wird in der bundesweiten Statistik nicht zwischen alkohol- und drogenabhängigen Patienten differenziert. Bundesweit wurden anteilig etwas mehr Patienten zur Bewährung entlassen, und deutlich weniger Patienten erreichten die Höchstfrist des Unterbringungszeitraums.

Die folgende Tabelle 4 stellt einige zeitliche Parameter des Unterbringungsverlaufs für unsere Stichprobe dar. Man erkennt, dass die Dauer der stationären Unterbringung im Durchschnitt fast zwei Jahre beträgt. Hinzuzurechnen ist noch eine durchschnittliche Zeit im Langzeiturlaub von etwa zweieinhalb Monaten. Eine Langzeitbeurlaubung wurde allerdings nur bei gut einem Drittel der bisher entlassenen Patienten gewährt.

Zeitliche Dimension des Behandlungsverlaufs

Merkmal	Median	10. Perzentil	90. Perzentil	Arithm. Mittelwert	Streuung
Dauer der stationären Behandlung ohne Langzeiturlaub (LZU)	23	8	37	22,5	10,7
Dauer Langzeiturlaub (LZU) alle Entlassenen	0	0	9,4	2,6	4,2
Dauer LZU nur Langzeitbeurlaubte (n = 45)	6	3	14	7,1	3,9
Gesamtdauer bis Entlassung (alle Entlassenen)	25	9	43	25,5	12,1

Tabelle 4: Ausgewählte zeitliche Parameter des Unterbringungsverlaufs. Bezug: alle 127 derzeit nicht mehr untergebrachten Patienten. Angaben in Monaten

Die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe haben uns einige Verlaufsdaten über Patienten der Entziehungsanstalten mit Alkoholproblematik zur Verfügung gestellt, die wir in der folgenden Tabelle 5 den entsprechenden Statistiken für unsere Stichprobe gegenüberstellen. Die Praxis des Maßregelvollzugs unterscheidet sich in den Landesteilen allerdings deutlich.

Die Vergleichsdaten erlauben keine zuverlässige Einschätzung hinsichtlich der Frage, ob die Behandlungszeiten in unserer Stichprobe repräsentativ sind. Sie begründen aber doch die Vermutung, dass die Zeiträume bis zu einer Beendigung wegen „Aussichtslosigkeit“ in unserer Stichprobe größer sind als in NRW üblich. Die bundesweite Stichtagserhebung (von der Haar 2003) gibt keine Auskunft über Gesamtunterbringungszeiten.

Behandlungszeiten in der Stichprobe im Vergleich zu NRW 2003

Merkmal	NRW 2003 Median	Stichprobe Median
Gesamtdauer der Unterbringung (Monate)	ca. 14 bzw. 30	25
Anteil von Beendigungen/Erledigungen	über 50 %	51,6 %
Dauer im Falle von Entlassung in den Strafvollzug („Erledigung“, Vollstreckungsumkehr)	ca. 9 bzw. 13	21

Tabelle 5: Versuch eines Vergleichs der Unterbringungszeiten der Stichprobe mit den Verhältnissen in NRW (nur Alkoholpatienten). **Unvollständige Datenbasis.** Es gibt erhebliche Unterschiede der Praxis in den Zuständigkeitsbereichen von LVR und LWL. Die bundesweite Stichtagserhebung (von der Haar 2003) gibt keine Auskunft über Gesamtunterbringungszeiten, so dass ein entsprechender Vergleich hier nicht vorgenommen werden kann.

Auch wenn unsere Daten in dieser Hinsicht wohl nicht ganz repräsentativ sind, so machen sie doch ein Problem der gegenwärtigen Praxis des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB deutlich. Die Unterbringungszeiten sind recht lang, in unserer Stichprobe im Mittel 28 Monate bei zur Bewährung Entlassenen und 20,5 Monate bei „Erledigern“. Berücksichtigt man jedoch, dass die ersteren sich zur Vorbereitung der Entlassung im Mittel ein halbes Jahr außerhalb der Klinik im künftigen Lebensumfeld aufhalten, so unterscheiden sich die tatsächlichen stationären Behandlungsdauern von zur Bewährung Entlassenen und in den Strafvollzug Rückverlegten nur noch wenig. Die Bilanz ist noch ungünstiger, wenn man statt der Mediane die arithmetischen Mittelwerte betrachtet. Ein erheblicher Teil der stationären Behandlungskapazitäten wird somit über lange Zeiträume in Behandlungen investiert, die ein primär negatives Outcome haben.

Lange Behandlungszeiten können bei Patienten, die anschließend zur Bewährung entlassen werden, ausgesprochen sinnvoll sein. Kurze Behandlungsversuche, die – bisweilen mit Einverständnis aller Beteiligten – abgebrochen werden, stellen wohl ebenfalls kein gravierendes Problem dar. Lange Behandlungsverläufe jedoch, die mit der Verlegung in den Strafvollzug enden, können nur schwer positiv umgedeutet werden. Die Problematik solcher Verläufe werden wir am Ende des Berichtes eingehender diskutieren.

Vergleich von Patienten mit eher günstigem und eher problematischem Abschluss der Unterbringung

Dichotomisierung der Stichprobe in zwei Outcome-Gruppen

In der folgenden Auswertung wird beschrieben, wie sich verschiedene prognostisch möglicherweise relevante Merkmale in den Ergebnis-Gruppen verteilen. Zur Vereinfachung der Darstellung wurde die Variable „Outcome der Unterbringung“ dichotomisiert. Die Gruppe „Entlassen zur Bewährung“ (kurz „Bewährung“) enthält 15 Fälle, in denen die Entlassung nach Erreichen der Höchstfrist der Unterbringung in die Freiheit erfolgte. Die Gruppe „Beendet wegen Aussichtslosigkeit“ (kurz „Beendigung“) enthält vier Fälle, in denen die Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge von Maßregelvollzug und Haft erfolgte und zunächst Haft vollzogen wurde, sowie zwei Fälle, in denen nach Erreichen der Höchstfrist im Anschluss Haft vollstreckt wurde. Zwei Fälle wurden von der Auswertung ausgeschlossen (ein verstorbener und ein abgeschobener Patient). In 23 Fällen dauerte zum Zeitpunkt dieser Auswertung die Unterbringung noch an. Die folgende Tabelle stellt die Zuordnung im Überblick dar:

Bildung zweier Klassen des „Outcomes“ der Unterbringung
zur Prüfung prognostischer Faktoren – Stand Juni 2004

Gruppe „Bewährung“ n = 53	Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung	(38)
	Erreichen der Höchstfrist und Entlassung in Freiheit	(15)
Gruppe „Beendigung“ n = 72	Beendigung wg. Aussichtslosigkeit	(66)
	Erreichen der Höchstfrist mit anschl. Haft	(2)
	Umkehr der Vollstreckungsfolge	(4)
nicht berücksichtigt n = 2	verstorben	(1)
	abgeschoben	(1)
noch nicht entlassen n = 23	[Diese Fälle werden weiterverfolgt]	

Tabelle 6: Bildung zweier Klassen des Outcomes unter Einbeziehung verschiedener Modi der Beendigung bzw. Entlassung aus der Maßnahme

Der folgenden Darstellung von Merkmalsunterschieden zwischen den beiden „Outcome-Gruppen“ sei folgende Bemerkung vorangestellt: Es ist methodisch grundsätzlich bedenklich, für zahllose Einzelvariablen statistische Prüfungen vorzunehmen. Es entspricht dem Wesen der Inferenzstatistik, dass bei einer großen Zahl von Einzeltests mit einigen Zufallssignifikanzen zu rechnen ist.

Dem ist Folgendes entgegenzuhalten: Erstens sind die einzelnen Variablen in Merkmalsgruppen zusammengefasst. Dabei zeigt sich, dass bestimmten Merkmalsgruppen prognos

tisch geringe Bedeutung zukommt, während sich in anderen Merkmalsgruppen viele Signifikanzen finden. Das kann dann problemlos interpretiert werden. Zweitens sind die erfassten Merkmale nicht aufs Geradewohl ausgewählt worden. Für viele der von uns geprüften potentiellen Prädiktorvariablen gibt es Vorbefunde. Der Anteil der signifikanten Unterschiede ist zudem hoch, und in vielen Fällen finden sich Gruppenunterschiede in der erwarteten Richtung, auch wenn die Signifikanzschwelle nicht überschritten wird. Drittens dient die statistische Prüfung von Einzelunterschieden der Vorbereitung einer multivariaten (Regressions-) Analyse. Ergebnis dieses Verfahrens ist die Reduzierung der Befunde auf wenige besonders prägnante Prädiktoren.

Prognostisch relevante Merkmale in den beiden Outcome-Gruppen

Aufbau der folgenden Tabellen und methodische Hinweise

Auf den folgenden Seiten finden sich einige recht umfangreiche Tabellen, in denen man sich jedoch leicht orientieren kann.

In der **linken Spalte** finden sich die **Merkmale**, deren Verteilung in den beiden Outcome-Gruppen geprüft wurde.

In der **rechten Spalte** wird angegeben, ob die Verteilungen in den beiden Gruppen sich **signifikant** unterscheiden.

n.s. bedeutet „nicht signifikant“: der Unterschied der Verteilungen ist statistisch nicht erheblich.

p < 0,02 (Beispiel): der Unterschied der Verteilungen ist statistisch erheblich; die Wahrscheinlichkeit (p), dass der Unterschied zufällig ist, ist kleiner als 2 %.

Je kleiner die Wahrscheinlichkeitsangabe (p < ...), desto sicherer ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen. Signifikanzgrade:

p < 0,10 = schwach signifikant (o), p < 0,05 = signifikant (*), p < 0,01 = hoch signifikant (**)

Spalten 2 und 3: statistische Kenngrößen für die **Verteilung des Merkmals** in den beiden Gruppen. Entweder arithmetische Mittelwerte des Merkmals (**MW**), Mediane (**MD**; mittlerer Wert der Datenreihe) oder der Anteil der Fälle (%) mit einer bestimmten Merkmalsausprägung.

Spalte 4: statistische Prüfgröße für Spezialisten. Die statistische Prüfung hinsichtlich Merkmalshäufigkeiten (Prozentwerten) erfolgte mittels χ^2 -Test, die Prüfung hinsichtlich der Verteilung intervallskalierter Merkmale meist mit dem Mann-Whitney-U-Test (Prüfgröße z), manchmal auch mit dem t-Test (Prüfgröße t).

Allgemeine Merkmale und familiäre Belastungsfaktoren

Das Merkmal Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung ist kein Prädiktor des Outcomes der Maßnahme. Tabelle 7 führt jedoch viele weitere Merkmale an, die zwischen den beiden Outcome-Gruppen deutlich unterscheiden: Migrationshintergrund des Vaters, ein Wechsel von

Bezugspersonen vor Ende der Schulzeit, tätliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern finden sich jeweils (schwach) signifikant häufiger in der Gruppe mit ungünstigem Ausgang. Suchtprobleme der Eltern differenzieren nicht zwischen den Gruppen, werden jedoch von den Patienten beider Gruppen ausgesprochen häufig berichtet. Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit sowie Heimaufenthalte werden als signifikante Prädiktoren eines ungünstigen Ausgangs bestätigt, nicht jedoch mangelnder Schulerfolg. Angaben der Patienten über körperlichen Missbrauch, emotionale und körperliche Vernachlässigung differenzieren in erwarteter Weise - aber schwach signifikant - zwischen den beiden Gruppen (entsprechend den Befunden von Bernstein et al. 1998, Bernstein 2000).

Familie und allgemeine Entwicklung

Merkmal	„Bewährung“ n = 53	„Beendigung“ n = 72	Statistische Prüfung	
Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung	MD = 36	M = 35,5	z = -0,2	n.s.
Vater nicht in Deutschland geboren	13,7 %	26,9 %	$\chi^2 = 3,0$	p < 0,08
Mindestens ein Wechsel von Bezugspersonen	26,4 %	41,7 %	$\chi^2 = 3,1$	p < 0,08
Suchtproblematik mindestens eines Elternteils	50,9 %	61,1 %	$\chi^2 = 1,3$	n.s.
Tätlichkeiten zwischen Eltern	28,2 %	47,2 %	$\chi^2 = 3,4$	p < 0,07
Frühe antisoziale Tendenzen (nach SKID II – 12)	41,9 %	62,3 %	$\chi^2 = 4,0$	p < 0,05
Heimaufenthalt	13,2 %	31,9 %	$\chi^2 = 5,9$	p < 0,02
Erreichen eines Schulabschlusses	73,6 %	63,6 %	$\chi^2 = 1,3$	n.s.
Hauptschulabschluss (nicht auf Sonderschule)	64,2 %	52,2 %	$\chi^2 = 1,7$	n.s.
Angaben im Childhood Trauma Questionnaire CTQ				
Emotionaler Missbrauch	MD = 8	MD = 8,5	z = - 1,0	n.s.
Körperlicher Missbrauch (Misshandlung)	MD = 6	MD = 7	z = - 1,1	p < 0,07
Sexueller Missbrauch	MD = 5	MD = 5	z = - 0,6	n.s.
Emotionale Vernachlässigung	MD = 13	MD = 15	z = - 1,8	p < 0,08
Körperliche Vernachlässigung	MD = 8	MD = 10	z = - 1,9	p < 0,06
CTQ – Gesamtwert	MW = 46,3	MW = 52,7	t = - 1,9	p < 0,06

Tabelle 7: Merkmale des familiären Hintergrundes und der allgemeinen Biographie der Patienten einschließlich Angaben im „Childhood Trauma Questionnaire“.

Arbeit und Beruf

Zwar ist, wie Tabelle 8 zeigt, der Abschluss einer Berufsausbildung kein signifikant differenzierendes Merkmal, doch ist das faktische Arbeitsverhalten ein wesentlicher Prädiktor des Outcomes. Patienten der Beendigungsgruppe berichten viel häufiger über langfristige Arbeitslosigkeit in der Vorgeschichte. Bei der Einschätzung von Item 4 des HCR-20 wird bei ihnen wesentlich häufiger ein erheblich instabiles Arbeitsverhalten festgestellt. Das Ausmaß der Verschuldung der Patienten ist beträchtlich, differenziert aber nicht signifikant zwischen den Gruppen.

Arbeit, soziale Situation

Merkmal	„Bewährung“ n = 53	„Beendigung“ n = 72	Statistische Prüfung	
Abgeschlossene Berufsausbildung	47,2 %	43,1 %	$\chi^2 = 0,2$	n.s.
Mehr als ein Jahr arbeitslos vor Delikt / Festnahme	30,8 %	59,2 %	$\chi^2 = 9,7$	p < 0,01
Erheblich instabiles Arbeitsverhalten (HCR-20: H4 = 2)	17,0 %	44,4 %	$\chi^2 = 10,4$	p < 0,01
Verschuldung über 10.000 DM / 5.000 €	52,8 %	65,3 %	$\chi^2 = 2,0$	n.s.

Tabelle 8: Merkmale der „beruflichen Anamnese“

Merkmale des Suchtverhaltens

Die folgende Tabelle 9 gibt einen Überblick über Aspekte des Suchtverhaltens. Es werden sowohl einige im Erstinterview erfragte Merkmale als auch die Selbstbeschreibung der Patienten im Hamburger Alkoholismuskatalog (Schwoon & Schröter 1996) wiedergegeben. Dabei differenzieren die im Interview erfragten Merkmale des Suchtverhaltens überwiegend nicht zwischen den Gruppen. Zwei Angaben finden sich jedoch signifikant häufiger in der Gruppe mit ungünstigem Outcome: sie haben in der Vorgeschichte eher einmal eine Entwöhnungsbehandlung abgebrochen, und sie geben eher an, im Jahr vor der Maßnahme keinen einzigen mehrtägigen Abstinenzversuch unternommen zu haben.

Die Selbstbeschreibung der Patienten auf den Skalen des Hamburger Alkoholismus Katalogs differenziert nicht zwischen den Gruppen, mit einer Ausnahme: Patienten mit ungünstigem Outcome berichten eher über den Konsum weiterer psychotroper Substanzen (Drogen und Medikamente). Bei der entsprechenden Frage des Interviews war dies nicht deutlich geworden. Bemerkenswert ist noch, dass die „beendeten“ Patienten nicht über einen stärkeren

„Verlust der affektiven Kontrolle“ (HAK V) unter Alkoholeinfluss berichten. Gerade in diesem Parameter würde man ja ein besonderes Problem schwieriger Patienten vermuten.

Suchtanamnese

Merkmal	„Bewährung“ n = 53	„Beendigung“ n = 72	Statistische Prüfung	
Alkoholkonsum vor dem 15. Lebensjahr	47,2 %	51,4 %	$\chi^2 = 0,2$	n.s.
Entgiftungen , Entwöhnungen, Delir oder Krampfanfälle	64,2 %	62,5 %	$\chi^2 = 0,04$	n.s.
Jahre des Alkoholmissbrauchs	MD = 10	MD = 12	$z = -0,5$	n.s.
Mindestens ein stationärer Entwöhnungsversuch	30,2 %	38,9 %	$\chi^2 = 1,0$	n.s.
Abbruch mindestens einer Entwöhnungsmaßnahme	7,5 %	20,8 %	$\chi^2 = 4,2$	p < 0,02
Keinerlei Abstinenzperiode im Jahr vor Delikt / Festnahme	51,9 %	73,2 %	$\chi^2 = 5,9$	p < 0,02
Ausschließlich Alkohol (keine Hinweise auf häufigere Medikamenten- / Drogeneinnahme)	50,9 %	45,8 %	$\chi^2 = 0,3$	n.s.
Min. ein Suizidversuch in der Vorgeschichte	32,1 %	37,5 %	$\chi^2 = 0,4$	n.s.
Hamburger Alkoholismuskatalog (HAK, Schwoon & Schröter 1996)				
Positive Trinkmotive	MW = 29,1	MW = 29,3	$z < -0,1$	n.s.
Trinken in Gesellschaft	MW = 21,3	MW = 21,0	$z = -0,3$	n.s.
Affektive Veränderung durch Trinken	MW = 25,9	MW = 26,3	$z = -0,1$	n.s.
Süchtiges andauerndes Trinken	MW = 14,5	MW = 15,2	$z = -0,7$	n.s.
Verlust der affektiven Kontrolle	MW = 15,9	MW = 16,4	$z = -0,8$	n.s.
Psychiatrische Symptome	MW = 6,7	MW = 6,2	$z = -1,1$	n.s.
Einsatz anderer psychotroper Substanzen ¹²	MW = 3,8	MW = 5,5	$z = -2,9$	p < 0,01

Tabelle 9: Charakteristika der Suchtproblematik der Patienten – Angaben der Patienten im Erstinterview und Selbstbeschreibung auf den Skalen des HAK. MW = arithm. Mittelwert, MD = Median.

¹² Für den HAK werden Mittelwerte statt Mediane dargestellt, weil sich die Mediane für das Merkmal „Einsatz anderer psychotroper Substanzen“ in den beiden Gruppen nicht unterscheiden (jeweils 3).

Bei der Erhebung von Merkmalen des Suchtverhaltens weist die Untersuchung eine methodische Schwäche auf. Die Patienten wurden zum Konsum verschiedener Suchtmittel befragt, und sie wurden jeweils gefragt, in welchem Alter sie den Konsum begonnen haben. Dies führte für die Hauptdroge Alkohol zu Angaben mit begrenzter Aussagekraft, da es in unserer Kultur recht normal ist, erste Erfahrungen mit Alkohol in der Adoleszenz zu machen. Es wurde nicht eingehender exploriert, in welchem Alter die Probanden einen massiven Missbrauch begonnen haben. Somatische Folgeschäden aufgrund des Suchtmittelmissbrauchs wurden ohne zeitliche Einordnung erfasst. Der Beginn sozialer Auffälligkeiten wurde dagegen in differenzierter Weise erfasst, so dass zumindest dieser Indikator eines „early onset“ zur Verfügung steht.

Aspekte der forensischen Vorgeschichte

Tabelle 10 fasst einige Aspekte der forensischen Vorgeschichte der Patienten zusammen. Hier finden sich viele signifikante Prädiktoren der Gruppenzugehörigkeit. Nicht von Bedeutung sind die Merkmale der aktuellen Verurteilung (Strafmaß sowie Haftzeit in Zusammenhang mit dem Unterbringungsverfahren). Großes Gewicht haben dagegen Hinweise auf eine längere und früh einsetzende delinquente Vorgeschichte. Besonders auffällig ist, dass Patienten, die zur Bewährung entlassen werden, kaum Haftzeiten vor dem Verfahren aufweisen, welches zur Unterbringung führte (4. Zeile der Tabelle).

Forensische Anamnese

Merkmal	„Bewährung“ n = 53	„Beendigung“ n = 72	Statistische Prüfung	
Erste Auffälligkeit lt. BZR	MD = 21,5	MD = 18	z = - 2,7	p < 0,01
Erste Gewalttat (lt. BZR) vor dem 20. Lebensjahr	27,5 %	49,3 %	$\chi^2 = 5,9$	p < 0,02
Anzahl Einträge im BZR	MD = 4	MD = 8	z = - 2,2	p < 0,04
Gesamtdauer früherer Haft (vor jetzigem Verfahren, in Monaten)	MD = 3 [MW = 27,9]	MD = 29,5 [MW = 53,0]	z = - 2,9	p < 0,01
Haftzeit direkt vor der Unterbringung (in Monaten)	MD = 9	MD = 8	z = - 0,5	n.s.
Strafmaß in Verbindung mit Unterbringung)	MD = 33	MD = 36	z = - 0,7	n.s.

Tabelle 10: Merkmale der forensischen Vorgeschichte

Psychiatrische Diagnostik: „Achse II-Störungen“

Im Rahmen der Untersuchung wurde recht aufwendig versucht, Hinweise auf Persönlichkeitsstörungen bei den Patienten zu erheben. Die Einschätzung erfolgte durch die Bezugstherapeutinnen und -therapeuten unter Zuhilfenahme der IDCL-P (Internationale Diagnose-Checkliste Persönlichkeitsstörungen, Bronisch et al. 1995) und durch die Untersucherinnen mit dem SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV, Fydrich et al. 1997). Wir verzichten an dieser Stelle auf eine sehr ausführliche Darstellung der Befunde. Tabelle 11 macht aber Folgendes deutlich: Für beide Beurteilungen gilt, dass die Feststellung „irgendeiner Persönlichkeitsstörung“ nicht zwischen „Bewährung“ und „Beendigung“ differenziert. Bedeutsam ist vielmehr, ob eine Antisoziale (DSM-IV) bzw. eine Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10) diagnostiziert wurde. Dies ist jeweils deutlich häufiger bei den „Beendeten“ der Fall. Doch gibt es keineswegs eine eindeutige Zuordnung von entsprechenden Diagnosen und Outcome. Auf die allgemeine Häufigkeit der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen werden wir in der Diskussion näher eingehen.

Persönlichkeitsstörung

Merkmal	„Bewährung“ n = 53	„Beendigung“ n = 72	Statistische Prüfung		
Einschätzung durch Untersucherinnen (nach DSM-IV mit SKID II)					
Irgendeine Persönlichkeitsstörung	61,9 %	76,5 %	$\chi^2 = 2,3$	df = 1	n.s.
Antisoziale (vs. sonstige oder keine) Persönlichkeitsstörung	38,1 %	59,2 %	$\chi^2 = 4,0$	df = 1	p < 0,05
Einschätzung durch Bezugstherapeuten (nach ICD-10 mit IDCL-P)					
Irgendeine Persönlichkeitsstörung	43,4 %	47,2 %	$\chi^2 = 0,18$	df = 1	n.s.
Dissoziale (vs. sonstige oder keine) Persönlichkeitsstörung	13,2 %	31,0 %	$\chi^2 = 5,4$	df = 1	p < 0,03

Tabelle 11: Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in den Gruppen

Selbstbeschreibung der Patienten auf Persönlichkeitsskalen

Die zweiteilige Tabelle 12 auf den beiden folgenden Seiten stellt die Selbstbeschreibung der Patienten hinsichtlich verschiedener Persönlichkeitsmerkmale dar. Generell wird deutlich, dass diese Selbstbeschreibungen in Bezug auf die Differenzierung von „Bewährung“ und „Beendigung“ ausgesprochen wenig beitragen.

Keine einzige der Skalen des Hamburger Persönlichkeitsinventars weist für die beiden Gruppen bedeutsame Unterschiede auf. Dies gilt in gleicher Weise für die Skala des Eysenck EPP-D („sensationssuchend vs. gefahrenmeidend“) und für den Kurz-Symptom-Fragebogen (Brief Symptom Inventory, Franke 2000). Zwar beklagen die Patienten in letzterem ein deutlich höheres Maß an Beschwerden als der Durchschnitt der Bevölkerung (die Fragebogenskalen sind T-normiert mit einem Mittelwert von 50). Doch für keine der neun Einzelskalen unterscheiden sich die beiden Outcome-Gruppen signifikant, ebenso wenig für einen Gesamtbelastungswert.

Selbstbeschreibung der Patienten auf Persönlichkeitsskalen

Merkmal	„Bewährung“ n = 53	„Beendigung“ n = 72	Statistische Prüfung	
Hamburger Persönlichkeitsinventar (Andresen 2000)				
Neurotizismus	MD = 8	MD = 8	z = - 1,1	n.s.
Extraversion	MD = 7	MD = 7	z = - 1,4	n.s.
Offenheit	MD = 6	MD = 6	z = - 0,1	n.s.
Gewissenhaftigkeit	MD = 8	MD = 7	z = - 0,6	n.s.
Risikoneigung	MD = 8	MD = 9	z = - 1,0	n.s.
Verträglichkeit	MD = 8	MD = 8	z = - 0,3	n.s.
Eysenck EPP-D – Risikoneigung (Bulheller & Häcker 1998)				
Sensationssuchend vs. gefahrenmeidend	MD = 7	MD = 6	z = - 0,4	n.s.
Brief Symptom Inventory (Kurzer Symptom Fragebogen, Franke 2000)				
Alle 9 Einzeldimensionen	nicht signifikant			
BSI-4: Depressivität	MW = 56,2	MW = 59,5	t = - 1,6	n.s.
BSI-6: Aggressivität / Feindseligkeit	MW = 55,1	MW = 56,2	t = - 0,5	n.s.
BSI: Gesamtbelastung	MW = 58,2	MW = 60,0	t = - 0,4	n.s.
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHD Fragebogen, Miller & Blum (1996)				
Überhöhte Reizwahrnehmung	MD = 1	MD = 1	z = - 0,8	n.s.
Unaufmerksamkeit	MD = 6	MD = 9	z = - 2,4	p < 0,019
Hyperaktivität/ Impulsivität	MD = 5	MD = 9	z = - 2,9	p < 0,004
Soziale und emotionale Konsequenzen	MD = 6	MD = 7	z = - 1,1	n.s.
Kontrolle unter Alkohol/ Drogen	MD = 2	MD = 2	z = - 0,2	n.s.

Tabelle 12 a: Selbstbeschreibung der Patienten hinsichtlich verschiedener Persönlichkeitsmerkmale (MD = Median, MW = arithm. Mittelwert).

Einzig Hinweise der Patienten auf Symptome einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung – die Skalen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/ Impulsivität des Fragebogens nach Miller & Blum – erweisen sich als prognostisch bedeutsam. Dies bestätigt frühere Annahmen und Untersuchungsbefunde zur Bedeutung entsprechender Probleme in Kindheit und Jugend im Hinblick auf Sucht- und Anpassungsstörungen (Davids & Gastpar 2003).

Selbstbeschreibung der Patienten auf Persönlichkeitsskalen - Fortsetzung

Merkmal	„Bewährung“ n = 53	„Beendigung“ n = 72	Statistische Prüfung	
State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI, Schwenkmezger et al. 1992)				
Trait Anger	MD = 23	MD = 23	z = - 0,5	n.s.
Ärger Temperamentsskala	MD = 13	MD = 13	z = - 0,2	n.s.
Ärger Reaktionsskala	MD = 10	MD = 11	z = - 0,6	n.s.
nach innen gerichteter Ärger	MD = 18	MD = 19	z = - 1,1	n.s.
nach außen gerichteter Ärger	MD = 17	MD = 17	z = - 0,6	n.s.
Ärger Kontrolle	MD = 17	MD = 17	z = - 0,3	n.s.
Knight-Fragebogen “Wut & Aggression”				
Wutaffekte	MW = 4,4	MW = 5,5	t = - 1,4	n.s.
Alkoholspezifische Aggression	MW = 3,6	MW = 3,5	t = 0,2	n.s.
Impulsivität (Barrett Impulsiveness Scale, motorische Dimension)				
BIS-m	M = 22	M = 22	z = - 0,8	n.s.
Allgemeine Behandlungsmotivation (Schalast 2000)				
Problembewusstsein bzgl. Alkohol	MD = 9	MD = 10	z = - 0,8	n.s.
Negative Therapiehaltung	MD = 3	MD = 3	z = - 1,4	n.s.

Tabelle 12 b: Weitere Ergebnisse der Selbstbeschreibung der Patienten hinsichtlich verschiedener Persönlichkeitsmerkmale (MD = Median, MW = arithm. Mittelwert).

Im zweiten Teil der Tabelle geht es um Ärger, Reizbarkeit, Impulsivität und Aspekte der Behandlungsmotivation. Von diesen im hier interessierenden Zusammenhang hoch spezifischen Merkmalen hätte man eine Differenzierung zwischen den Outcome-Gruppen zweifellos erwartet. Doch werden solche Erwartungen nicht bestätigt. Für die im STAXI beschriebenen Merkmale des Aggressionsverhaltens und der Ärgerverarbeitung ergeben sich keine signifikanten Differenzen, ebenso wenig für die Wut und Aggressionsskala nach Knight et al. (1998) und die verwendete Dimension der Barrett-Impulsivitäts-Skala. Dass auch die Selbstein

schätzungen auf zwei Skalen der „Behandlungsmotivation“ (Schalast 2000) das Outcome nicht prognostizieren, kann da kaum verwundern.

Fremdbeurteilung hinsichtlich Persönlichkeitsmerkmalen

Weit ergiebiger erweisen sich die in Tabelle 13 zusammengefassten Fremdbeurteilungen von Persönlichkeitscharakteristika. Die deutlichste Signifikanz ergibt sich für die kurze Skala nach Novaco et al. (1994) zu Ärger und Reizbarkeit. Patienten mit ungünstigem Ausgang werden als deutlich reizbarer, mürrischer und aufbrausender beschrieben als die zur Bewährung entlassenen (vgl. Items der Skala im Anhang S. 107).

Persönlichkeitsmerkmale – Fremdbeurteilung

Merkmal	„Bewährung“ n = 53	„Beendigung“ n = 72	Statistische Prüfung	
Kurzeinschätzung Ärger & Reizbarkeit (nach Novaco 1994)				
Gesamtwert	MD = 8	MD = 11	z < - 2,9	p < 0,01
„Psychopathy“ (Hare PCL-SV) – Einschätzung durch Untersucherinnen				
Faktor I: Psychopathische Persönlichkeit	MD = 2	MD = 3	z = - 0,1	n.s.
Faktor II: Antisoziales Verhalten	MD = 4	MD = 5	z = - 1,9	p < 0,06
Anteil „Höher-Scorer“ > 12 Punkte im Gesamtscore	7,8 %	18,2 %	$\chi^2 = 2,6$	n.s.
„Psychopathy“ (Hare PCL-SV) – Einschätzung durch Bezugstherapeuten ¹³				
Faktor I: Psychopathische Persönlichkeit	MD = 3	MD = 4	z = - 2,1	p < 0,04
Faktor II: Antisoziales Verhalten	MD = 4	MD = 6	z = - 3,0	p < 0,01
Anteil „Höher-Scorer“ > 12 Punkte im Gesamtscore	15,7 %	37,5 %	$\chi^2 = 6,7$	p < 0,01
Einstufung in vier Intelligenzklassen				
Intelligenzklasse (1 – 4)	MW = 3,14	MW = 3,04	z = - 0,7	n.s.

Tabelle 13: Fremdbeurteilungen der Patienten hinsichtlich Ärger/Reizbarkeit, Psychopathy-Aspekten sowie auch Intelligenz (MD = Median, MW = arithm. Mittelwert).

¹³ Elf Fälle eines Therapeuten mussten von dieser Auswertung ausgeschlossen werden, da er die Beurteilungsbögen erst nach Entlassung seiner Patienten bearbeitete, somit keine prospektive Einschätzung vornahm. Siehe auch Text.

Eine differenziertere Betrachtung erfordern die mit der Psychopathy-Checkliste (Screening Version) erhobenen Befunde. Eine der Untersucherinnen hatte im Rahmen der Projektvorbereitung an einem Training zum Einsatz der Skala teilgenommen. Dennoch bestätigen die Einschätzungen der Untersucherinnen nur für den Faktor II („dissoziales Verhalten“) eine gewisse prognostische Power des Verfahrens, nicht jedoch für Faktor I („psychopathische Persönlichkeitszüge“). Für die Einschätzungen der (nicht trainierten) Therapeutinnen und Therapeuten ergibt sich eine bessere Differenzierung zwischen den Gruppen. Hier sollte man wiederum bedenken, dass die Urteiler in vielen Fällen an den späteren Entscheidungen über den Modus der Entlassung beteiligt waren. Sicherlich droht Patienten eher eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit, wenn ihre Therapeuten sie als psychopathisch im Sinne dieses Beurteilungsverfahrens erleben.

Generell wurden allerdings weder von den Untersucherinnen noch von den Bezugstherapeuten hohen Psychopathy-Scores vergeben. Im angloamerikanischen Raum tendiert man dazu, eine Psychopathy als relativ gesichert anzunehmen, wenn ein Proband 18 der 24 möglichen Punkte auf der PCL:SV erreicht hat. Probanden mit 13 bis 17 Punkten gelten als Verdachtsfälle („caves“). Die Untersucherinnen vergaben jedoch bei keinem Fall mehr als 17 Punkte. 20 schätzten sie als Verdachtsfälle ein. Von den Therapeuten wurden immerhin 12 Patienten als „High-Scorer“ eingeschätzt.

Allerdings gingen vier dieser Fälle auf einen Therapeuten zurück, dessen Eingangseinschätzungen der Patienten wir erst erhielten, als viele seiner Patienten bereits in die Haft verlegt worden waren. Die insgesamt 11 von diesem Therapeuten bearbeiteten Fälle können bei der Auswertung der PCL-Einschätzungen nicht berücksichtigt werden.

29 Patienten wurden von den Therapeuten als Verdachtsfälle eingeschätzt (13 – 17 Punkte). Prüft man den Anteil der Fälle mit mindestens 13 Punkten in den beiden Outcome-Gruppen, so ergibt sich nur für die Therapeuteneinschätzungen eine signifikante Differenz: höhere PCL-Werte machen die „Beendigung“ wahrscheinlicher. Für die Einschätzungen der Projektmitarbeiterinnen wird keine Signifikanz erreicht.

Die Intelligenzklassifizierung der Patienten zeigt keinen signifikanten Bezug zum Outcome. Insgesamt sind sehr schwach begabte Patienten in der Stichprobe weniger vertreten (erheblich unterdurchschnittlich intelligent: 3 Fälle; unterdurchschnittlich: 18, durchschnittlich: 74, überdurchschnittlich: 31; zur Definition siehe Seite 24). Allerdings wird in allen drei Fällen der ersten, besonders schwach begabten Gruppe auf Aussichtslosigkeit erkannt.

Merkmale des Unterbringungsverlaufs

Tabelle 14 fasst einige Merkmale des Unterbringungsverlaufs zusammen. Zum Ende der Unterbringung wurden die Therapeuten um Rückmeldungen über frühe problematische Vorkommnisse im ersten halben Jahr der Unterbringung gebeten. Entweichungen in diesem Zeitraum sind seltene Ereignisse, schon deshalb erreicht der Vergleich der beiden Gruppen keine Signifikanz. Suchtmittelrückfälle werden bei den später „beendeten“ im ersten halben Jahr signifikant häufiger beobachtet.

Aspekte des Unterbringungsverlaufs (objektiv / subjektiv)

Merkmal	„Bewährung“ n = 53	„Beendigung“ n = 72	Statistische Prüfung	
Vorkommnisse				
Suchtrückfälle: mindestens einer im ersten Halbjahr	13,2 %	26,4 %	$\chi^2 = 3,2$	p < 0,08
Entweichungen: mindestens eine im ersten Halbjahr	3,8 %	9,7 %	$\chi^2 = 1,6$	n.s.
Zeiträume				
Gesamtdauer bis Entlassung / Beendigung	MD = 30	MD = 22	z = - 4,5	p < 0,00
Gesamtdauer von Langzeitbeurlaubungen	MD = 5	MD = 0	z = - 8,4	p < 0,00
Kein Versuch einer Langzeitbeurlaubung	16,7 %	94,4 %	$\chi^2 = 74,2$	p < 0,00
Stationserfahrungsbogen SEB				
Einzeltherapeutische Beziehung	MW = 4,5	MW = 4,0	T = 2,1	p < 0,05
Allgemeine Kompetenzerwartung	MW = 4,3	MW = 4,0	T = 2,0	p < 0,05
Therapeutische Intensität	MW = 4,0	MW = 4,0	T = 0,2	n.s.
Emotionales Klima unter Mitpatienten	MW = 3,4	MW = 3,5	T = - 0,7	n.s.
Akzeptanz der Stationsordnung	MW = 4,0	MW = 3,7	T = 1,3	n.s.
Beziehung zum Team	MW = 4,5	MW = 4,1	T = 1,9	p < 0,07
Zuwendung durch Mitpatienten	MW = 4,3	MW = 4,1	T = 1,1	n.s.

Tabelle 14: Objektive und subjektive Aspekte des Unterbringungsverlaufs. Objektiv: Zeiträume und Vorkommnisse; subjektiv: Angaben im Stationserfahrungsbogen (Sammet & Schauenburg 1999).

Die Angaben zur Dauer von Unterbringung und ggf. Langzeiturlaub spielen natürlich bei der Analyse im Hinblick auf Prädiktoren keine Rolle. Da man nach Möglichkeiten sucht, das Ergebnis der Maßnahme früh vorherzusagen, wäre es unsinnig, die Dauer derselben als Prädiktor zu betrachten. Dennoch sind die Befunde bemerkenswert: Später zur Bewährung Entlassene sind insgesamt deutlich länger in Behandlung als „beendete“ Patienten. Berücksichtigt man aber, dass die zur Bewährung Entlassenen meist längere Zeiträume dauerbeurlaubt sind, gleichen sich die tatsächlichen stationären Behandlungszeiten der beiden Gruppen an.

Beeindruckend ist die Verteilung von Versuchen einer Langzeitbeurlaubung auf die beiden Outcome-Gruppen. Ein LZU-Versuch macht eine spätere Entlassung in die Freiheit ziemlich wahrscheinlich. Bei den später „Beendeten“ erfolgt überwiegend kein einziger Versuch einer Dauerbeurlaubung. Gemessen am Kriterium „Outcome“ ist die Praxis der Kliniken, Dauerbeurlaubungen zu gewähren, überaus erfolgreich. Wird ein solcher Versuch unternommen, so erreicht der Patient meistens einen günstigen Abschluss der Maßnahme, wird kein Versuch unternommen, erfolgt meistens eine Beendigung unter negativen Vorzeichen.

Interessante Hinweise für die Diskussion von Behandlung und Prognose liefern auch die Angaben der Patienten im Stationerfahrungsbogen SEB. Die erlebte Qualität der therapeutischen Beziehung kann das Outcome signifikant vorhersagen. Zwei weitere bedeutsame Merkmale sind die auf die Behandler bezogenen Kompetenzerwartungen und die erlebte Beziehung zum therapeutischen Team. Wie Patienten dagegen ihre Mitpatienten erlebten, differenziert nicht zwischen den Outcome-Gruppen.

Vorhersage des Behandlungsverlaufs durch mehrere Merkmale – multiple Regressionsanalysen

Methodische Vorbemerkung: Das statistische Verfahren der multiplen Regressionsanalyse dient kurz zusammengefasst der Prüfung der gemeinsamen Vorhersage eines **Kriteriums** – hier des Outcomes der Unterbringung - durch mehrere Merkmale oder **Prädiktoren**. Wenn zwei Merkmale korreliert sind, kann man bei Kenntnis des einen Merkmals die durchschnittliche Ausprägung des zweiten Merkmals vorhersagen (z.B. Körpergewicht aufgrund von Körpergröße). Korrelieren mehrere Merkmale (Prädiktoren) mit einem Merkmal (Kriterium), so lässt sich mittels **multipler Regressionsanalyse** der gemeinsame Zusammenhang der Prädiktoren mit dem Kriterium berechnen. Dieser gemeinsame Zusammenhang wird beschrieben durch den **multiplen Korrelationskoeffizienten R**. Den Beitrag, den jeder Prädiktor zur gemeinsamen Vorhersage leistet, beschreibt das **Beta-Gewicht**. Bei einer multiplen Regressionsanalyse lässt sich statistisch prüfen, (1) ob die Merkmale zusammen eine signifikante Vorhersage leisten, (2) welche Beta-Gewichte einzelner Prädiktoren Signifikanz erreichen. Dies wird in den Tabellen zu den Regressionsanalysen jeweils dargestellt.

Die Ausgangsbasis für diese statistischen Analysen liefern diejenigen Merkmale, für die sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Outcome-Gruppen ergeben haben. Da sich viele solcher Unterschiede nachweisen ließen, erfolgen die Regressionsanalysen mehrstufig. Im ersten Schritt betrachten drei multiple Analysen unterschiedliche Merkmalsgruppen. Diese werden in den folgenden drei Kästen beschrieben. Aufbauend auf die Ergebnisse dieser drei Analysen erfolgt dann noch eine zusammenfassende abschließende Analyse.

Erste Stufe der multivariaten Analyse: Multiple Regressionsanalysen mit drei Merkmalsgruppen

Merkmale des familiären Hintergrundes, frühe Belastungen und Auffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeit in der Kindheit
 Heimaufenthalt
 Vater nicht in Deutschland geboren
 Wechsel von Bezugspersonen in der Kindheit
 Tötlichkeiten zwischen den Eltern
 Hinweise auf

- körperlichen Missbrauch (CTQ)
- emotionale Vernachlässigung (CTQ)
- körperliche Vernachlässigung (CTQ)
- Unaufmerksamkeit im Rahmen einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (Miller & Blum)
- Hyperaktivität / Impulsivität im Rahmen einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (M & B)

Suchtanamnese und früheres Arbeitsverhaltens

Abbruch mindestens einer Entwöhnungsbehandlung
 Keinerlei Abstinenzperiode im Jahr vor der Festnahme
 Einsatz anderer psychotroper Substanzen (HAK)
 Durchgängig arbeitslos im Jahr vor der Festnahme
 Erheblich instabiles Arbeitsverhalten (HCR-20, Item H 4)

Forensische Vorgeschichte – Hinweise auf Dissozialität

Frühe Auffälligkeit lt. BZR
 Erste Gewalttat vor dem 20. Lebensjahr (HCR-20, Item H 2)
 Anzahl Einträge im BZR
 Gesamtdauer früherer Haft (vor Unterbringungsverfahren)
 Jemals Haft vor dem Unterbringungsverfahren
 Merkmale einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (Therapeuteneinschätzung)
 Psychopathische Persönlichkeitszüge (PCL-SV, Therapeuteneinschätzung)
 Antisoziale Verhaltenstendenzen (PCL-SV, Therapeuteneinschätzung)
 Aktuell ärgerlich, reizbar, impulsiv (Novaco Anger Rating Index)

Bei den multiplen Regressionsanalysen zeigt sich folgendes: Die Anzahl der Merkmale, für die sich Signifikanz ergibt, schrumpft ganz erheblich zusammen. Wenn mehrere Prädiktoren korreliert sind (z.B. „Frühe Delinquenz / Anzahl Einträge im BZR / Vorhafterfahrung“ oder auch „Gewalt zwischen den Eltern / Wechsel der Bezugspersonen in der Kindheit / Heimerfahrung“), dann bleibt meist nur ein Merkmal übrig, das sich in der Analyse durchsetzt und als signifikanter Prädiktor bestätigt wird. Man kann allerdings Einfluss darauf nehmen, in welcher Folge Merkmale in die Analyse aufgenommen werden, und man kann sie „in die Regressionsgleichung zwingen“. Zum Beispiel kann es sinnvoll sein, dass ein gut erfassbares objektives Merkmal in den Analysen nicht verloren geht und in einem abschließenden Prognosemodell berücksichtigt wird.

Merkmalsblock I – Frühe Bedingungen / Auffälligkeiten

Als ein objektiv erfassbares Merkmal wird der Parameter „Heimaufenthalt in der Kindheit / Jugend“ in die Regression gezwungen. Von den weiteren Merkmalen erreicht nun nur „Hyperaktivität / Impulsivität“ ein signifikantes Beta-Gewicht in einer Gleichung, die das Merkmal „Outcome der Unterbringung“ als Kriterium vorhersagt. Die folgende Tabelle 15 fasst das Ergebnis der Analyse zusammen.

Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse zu Merkmalen des familiären Hintergrundes, frühen Belastungen und Auffälligkeiten					
Regression:	R = 0,34	(R ² = 0,11)	df = 2	F = 5,8	p = 0,01 **
Prädiktoren	β	T	p <		
Heimaufenthalt	-,21	-2,1	0,04		
ADHD: Hyperaktivität / Impulsivität	,22	2,2	0,03		
Bei der Analyse ausgeschlossen:		ADHD - Unaufmerksamkeit			
CTQ: körperlicher Missbrauch		CTQ: emotionale Zurückweisung			
CTQ: körperliche Zurückweisung		SKID-II: Antisoziale Störung im Kindesalter			
Vater nicht in D geboren		Tätlichkeiten zwischen den Eltern			

Tabelle 15: Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage des Outcomes der Unterbringung durch neun Variablen. Nachdem das Merkmal „Heimaufenthalt“ in die Regression gezwungen wird, erreicht nur noch „ADHD – Hyperaktivität / Impulsivität“ (Fragebogen Miller & Blum 1996) ein signifikantes Beta-Gewicht.

Die beiden Merkmale leisten eine signifikante ($p = 0,004$) Vorhersage des Outcomes: der multiple Korrelationskoeffizient R beschreibt die gemeinsame Korrelation der beiden Prädiktoren mit dem Kriterium. R² schätzt den Anteil der Varianz des Kriteriums, der durch die Regressionsfunktion aufgeklärt wird. β = Gewicht (Beta) des Merkmals in der Regressionsgleichung.

Merkmalsblock II - Merkmale des Sucht- und des Arbeitsverhaltens

Im zweiten Merkmalsblock werden zwei Gruppen von Merkmalen zusammengefasst, nämlich Aspekte der Suchtproblematik und solche des Arbeitsverhaltens. Für insgesamt fünf Einzelaspekte hatten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen aufzeigen lassen. Nur ein Aspekt des Suchtverhaltens setzt sich dabei in der Regression durch: der Konsum von Medikamenten neben dem Alkohol – erfragt mit drei Items des Hamburger Alkoholismuskatalogs – sagt ein ungünstigeres Outcome voraus.

Beträchtliches Gewicht erhält das konkrete Arbeitsverhalten des Patienten in der Vorgeschichte: zwei inhaltlich ähnliche Items werden als Prädiktoren bestätigt. Wenn die Patienten im Jahr vor ihrer Festnahme durchgängig ohne Arbeitsstelle waren und wenn ihnen ein instabiles Arbeitsverhalten zugeschrieben wird (HCR-20), sind die Aussichten einer Entlassung unter positiven Vorzeichen geringer.

Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse zu Merkmalen des familiären Hintergrundes, frühen Belastungen und Auffälligkeiten

Regression:	R = 0,414	(R ² = 0,17)	df = 3	F = 7,78	p < 0,000 **
Prädiktoren	β	T	p <		
Stabilität in Arbeitsverhältnissen	,19	2,1	0,04		
Einsatz anderer psychotroper Substanzen	,20	2,3	0,03		
Vor Festnahme 1 Jahr arbeitslos	,19	2,0	0,05		
<i>Bei der Analyse ausgeschlossen:</i>					
Mindestens ein Therapieabbruch		Nie abstinent im Jahr vor der Maßnahme			

Tabelle 16: Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage des Outcomes der Unterbringung durch fünf Variablen.

Die drei Merkmale leisten eine hoch signifikante ($p < 0,000$) Vorhersage des Outcomes: der multiple Korrelationskoeffizient R beschreibt die gemeinsame Korrelation der beiden Prädiktoren mit dem Kriterium. R² schätzt den Anteil der Varianz des Kriteriums, der durch die Regressionsfunktion aufgeklärt wird. β = Gewicht (Beta) des Merkmals in der Regressionsgleichung.

Merkmalsblock III - Aspekte von Dissozialität

Im Merkmalsblock III werden Aspekte zusammengefasst, die Hinweise auf Dissozialität, frühe Auffälligkeit und psychopathische Persönlichkeitszüge betreffen. In diesem Block wird auch die Einschätzung des Patienten auf dem Anger Rating Index (Novaco) berücksichtigt. Bei letzterem handelt es sich um eine gut erfassbare oder beschreibbare Verhaltenstendenz des Patienten (impulsiv, reizbar, „anstrengend“). Daher wurde dieses Merkmal zunächst in

die Regressionsgleichung gezwungen und der Beitrag der übrigen Merkmale zur Vorhersage des Kriteriums im zweiten Schritt geprüft.

Es ergibt sich dann¹⁴, dass drei weitere Merkmale einen zusätzlichen signifikanten Beitrag zur Regression leisten: Haft vor dem Unterbringungsverfahren, Alter bei der ersten Gewalttat und Erste Straffälligkeit lt. BZR. Ein eher negatives Outcome wird also prognostiziert durch (1) hohe Werte auf dem Anger Rating Index, (2) frühere Hafterfahrung (Haft vor dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte), (3) frühe erste Gewalttätigkeit und (4) frühe erste Straffälligkeit. Die Einschätzung des Patienten als „dissozial“ bzw. als „psychopathisch“ leistet keinen zusätzlich signifikanten Beitrag¹⁵.

**Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse zu Aspekten
von früher und aktueller Dissozialität**

Regression:	R = 0,43	(R ² = 0,18)	df = 4	F = 5,8	p < 0,000 **
Prädiktoren	β	T	p <		
Anger Rating Index	,22	2,4	0,02		
Hafterfahrung vor Unterbringungsverfahren	,25	2,6	0,01		
Alter bei erster Gewalttat	,23	2,3	0,03		
Erste Straffälligkeit lt. BZR	,17	1,8	0,09		
<i>Bei der Analyse ausgeschlossen:</i>					
PCL I: Persönlichkeitszüge (lt. Therapeuten)		PCL II: psychopathisches Verhalten			
Anzahl Einträge im BZR		Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD lt. Therapeuten)			

Tabelle 17: Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage des Outcomes der Unterbringung durch acht Variablen. Nachdem das Merkmal „Anger Rating Index“ in die Regression gezwungen wird, erreichen drei weitere Merkmale ein (z.T. schwach) signifikantes Beta-Gewicht.

Die vier Merkmale leisten eine hoch signifikante (p < 0,000) Vorhersage des Outcomes: der multiple Korrelationskoeffizient R beschreibt die gemeinsame Korrelation der vier Prädiktoren mit dem Kriterium. R² schätzt den Anteil der Varianz des Kriteriums, der durch die Regressionsfunktion aufgeklärt wird. β = Gewicht (Beta) des Merkmals in der Regressionsgleichung.

¹⁴ bei Anlegung einer recht niedrigen statistischen Schwelle von p < 0,10 für die Hereinnahme eines Merkmals

¹⁵ nicht einmal bei Einbeziehung der in Fußnote 13 genannten Fälle.

Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit

Als nächsten Schritt könnte man an dieser Stelle eine weitere zusammenfassende Regressionsanalyse rechnen, bei der die in den drei Analysen als signifikant bestätigten Merkmale noch einmal in einer gemeinsamen Regressionsanalyse zusammengefasst werden. Dabei würden sich noch einmal einige „starke“ Prädiktoren durchsetzen und andere gingen verloren. Diese zusammenfassende Analyse wird zunächst zurückgestellt.

Stattdessen wird im Folgenden zunächst geprüft, was die Ergebnisse der Regressionsanalysen für die Möglichkeit bedeuten, das Outcome tatsächlich vorherzusagen. Die Tatsache, dass eine Vorhersage in einer Gruppe von 100 oder 120 Fällen statistisch signifikant gelingt, besagt zunächst wenig für die Möglichkeit der Vorhersage des Einzelfalls. Wie gut gelingt es aufgrund der in den Analysen bestätigten Prädiktoren, das Outcome vorherzusagen?

Zu diesem Zweck werden für die drei gerade geprüften und beschriebenen Gruppen von Prädiktoren sogenannte Diskriminanzanalysen gerechnet. Es wird dabei geprüft, wie gut die Zugehörigkeit zu den beiden Gruppen „Beendigung“ und „Bewährung“ mit den Merkmalen, die Signifikanz erreicht haben, vorhergesagt werden kann. Wunschergebnis wäre es, mit Hilfe von Merkmalen exakt vorherzusagen zu können, ob ein Patient zur ersten oder zweiten Gruppe gehören wird.

Für die Diskriminanzanalysen werden alle als Prädiktoren verwendeten Merkmale „dichotomisiert“, und zwar in folgender Weise:

Merkmal	Werteskala	Dichotomisierung
Alter bei der ersten abgeurteilten Gewalttat	Alter (14 - ...)	bis 19 - ab 20
Hyperaktivität/ Impulsivität (Skala Miller & Blum)	0 – 16	bis 7 - über 7
Aktuell reizbar, impulsiv (Anger Rating Index)	0 – 21	bis 8 - über 8
Frühe aktenkundige Straffälligkeit (BZR)	Alter (14 - ...)	vor 18 - ab 18

Die folgenden Tabellen fassen die Ergebnisse der Klassifikationen der Probanden auf der Grundlage von Diskriminanzanalysen zusammen¹⁶. Bei einer perfekten Vorhersage würden alle Probanden zutreffend klassifiziert. Tabelle 18 beschreibt die Klassifizierung nur aufgrund der Basisrate von „Beendigungen“ und „Bewähungen“. Da deutlich mehr Patienten „beendet“ als zur Bewährung entlassen werden, würde man im Einzelfall – ohne jegliche weitere

¹⁶ Urbaniok (2004) kritisiert die vereinfachende Darstellung prognostischer Aufgabenstellungen in Vier-Felder-Tafeln und die Dichotomien hinsichtlich positiver und negativer Prognosen („falsch Positive“, „falsch Negative“ usw.). Wir finden seine Überlegungen angemessen, wählen aber trotzdem diese Darstellungsform, die hier geeignet ist, den grundsätzlichen Stellenwert von Merkmalen zur Verlaufsprognose zu veranschaulichen. Der Komplexität jeder prognostischen Aussage im Einzelfall sind wir uns bewusst und machen sie in der Diskussion der Ergebnisse hoffentlich hinreichend deutlich.

Information – zunächst die „Beendigung“ vorhersagen. Da faktisch in unserer Gruppe bei 57,3 % der Gruppe die „Beendigung“ erfolgte, wäre die Vorsage dann für 57,3 % der Fälle zutreffend.

Pauschale Einstufung aller Fälle auf der Grundlage der höheren Basisrate für „Beendigung“

		vorhergesagt (%)		
		„Bewährung“	„Beendigung“	
beobachtet	„Bewährung“	0,0	42,7 %	n = 53
	„Beendigung“	0,0	57,3 %	n = 71
		0,0 %	100,0 %	100

Tab. 18: Vorhersage nach Zufall bei Kenntnis der Anteile von „Bewährung“ und „Beendigung“ in der Population (Basisrate). Die Klassifikation erfolgt für **57,3 % der Fälle zutreffend**.

Grau unterlegt: Fehlklassifikationen. Falsch Positive: 0,0 % Falsch Negative: 42,0 %

Berücksichtigt man in einer Diskriminanzanalyse nur die Merkmale „Heimaufenthalt“ und „ADHD Hyperaktivität / Impulsivität“, so verbessert sich die Trefferquote. 66,1 % der Fälle werden korrekt klassifiziert (Tab. 19). Ähnlich gelingt die Eingruppierung durch die Merkmale von Block II (65,6 %). Geringfügig besser ist die Klassifizierung durch die Merkmale von Block III (68,8 %).

Vorhersage mithilfe der Prädiktoren aus Block I

Heimaufenthalt • ADHD: Hyperaktivität/Impulsivität

		vorhergesagt (Fälle)		
		„Bewährung“	„Beendigung“	
beobachtet	„Bewährung“	32	21	53
	„Beendigung“	21	50	71
		53	71	124

Tab. 19: Vorhersage mittels Diskriminanzanalyse auf der Basis der Merkmale „Heimaufenthalt“ und „ADHD: Hyperaktivität“.

Die Klassifikation erfolgt in **66,1 % der Fälle zutreffend**.

Grau unterlegt: Fehlklassifikationen. Falsch Positive: 16,9 %“ Falsch Negative: 16,9 %

Prüfung der Diskriminanzfunktion: Wilks-Lambda = 0,91 $\chi^2 = 12,1$ df = 2 p = 0,002

Vorhersage mithilfe der Prädiktoren aus Block II

Stabilität bzgl. Arbeit • Psychotrope Substanzen (HAK) • Vor Festnahme 1 Jahr arbeitslos

		vorhergesagt (Fälle)		
		„Bewährung“	„Beendigung“	
beobachtet	„Bewährung“	32	20	52
	„Beendigung“	22	48	70
		54	68	122

Tab. 20: Vorhersage mittels Diskriminanzanalyse auf der Basis der Merkmale „HCR-20 Stabilität bzgl. Arbeit“, „HAK: Einsatz weiterer psychotroper Substanzen“ und „Vor Festnahme 1 Jahr arbeitslos“. Die Klassifikation erfolgt in **65,6 % der Fälle zutreffend**.

Grau unterlegt: Fehlklassifikationen. Falsch Positive: 18,0 % Falsch Negative: 16,4 %

Prüfung der Diskriminanzfunktion: Wilks-Lambda = 0,86 $\chi^2 = 17,4$ df = 3 p = 0,001

Vorhersage mithilfe der Prädiktoren aus Block III

Anger Rating Index • Frühere Haft • Alter bei erster Gewalttat • Erste Straffälligkeit lt. BZR

		vorhergesagt (Fälle)		
		„Bewährung“	„Beendigung“	
beobachtet	„Bewährung“	25	21	46
	„Beendigung“	14	52	66
		39	73	112

Tab. 21: Vorhersage mittels Diskriminanzanalyse auf der Basis der Merkmale „Anger Rating Index“, „Haft vor Unterbringungsverfahren“, „Alter bei erster Gewalttat“, „Erste Straffälligkeit lt. BZR“.

Die Klassifikation erfolgt in **68,8 % der Fälle zutreffend**.

Grau unterlegt: Fehlklassifikationen. Falsch Positive: 12,5 % Falsch Negative: 18,8 %

Prüfung der Diskriminanzfunktion: Wilks-Lambda = 0,87 $\chi^2 = 15,0$ df = 4 p = 0,005

Im nächsten Auswertungsschritt werden die Merkmale der drei Blöcke zusammengefasst und geprüft, ob die Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit auf diese Weise verbessert werden kann. Wie Tabelle 22 zeigt, kann der Anteil der korrekten Klassifikationen auf 76,1 % der Fälle gesteigert werden.

Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit mit den Merkmalen aus allen drei Blöcken

		vorhergesagt (Fälle)		
		„Bewährung“	„Beendigung“	
beobachtet	„Bewährung“	28	17	45
	„Beendigung“	9	55	64
		37	72	109

Tab. 22: Vorhersage mittels Diskriminanzanalyse auf der Basis der neun Merkmale „Heimaufenthalt“, „ADHD: Hyperaktivität“, „HCR-20 Stabilität bzgl. Arbeit“, „Vor Festnahme 1 Jahr arbeitslos“, „Anger Rating Index“, „Haft vor Unterbringungsverfahren“, „Alter bei erster Gewalttat“, „Erste Straffälligkeit lt. BZR“, „HAK: Einsatz weiterer psychotroper Substanzen“.

Die Klassifikation erfolgt in **76,1 % der Fälle zutreffend**.

Grau unterlegt: Fehlklassifikationen. Falsch Positive: 8,3 % Falsch Negative: 15,6 %

Prüfung der Diskriminanzfunktion: Wilks-Lambda = 0,76 $\chi^2 = 27,60$ df = 9 p = 0,001

Vorschlag einer Liste „protektiver“ Faktoren mit den Prädiktoren der drei Blöcke (E-P 9)

Ausgehend von den neun Merkmalen, die in der letzten Diskriminanzanalyse zur Klassifikation der Probanden herangezogen wurden, kann eine Summenvariable (ein „Score“) zur Vorhersage des Outcomes der Unterbringung berechnet werden. Zu diesem Zweck wird aus den neun dichotomen Merkmalen (Kodierung 0 oder 1) ein Summenwert gebildet. Dieser kann naturgemäß Werte zwischen 0 und 9 annehmen. Tabelle 23 listet zunächst die neun Merkmale auf. Die Formulierung der Merkmale erfolgt so, dass ihr Vorhandensein ein günstiges Ergebnis erwarten lässt. Statt von Risikofaktoren könnte man daher hier von protektiven Faktoren sprechen: werden viele von ihnen bejaht, so ist eine „Beendigung wegen Aussichtslosigkeit“ weniger wahrscheinlich. Da es sich um **9 protektive Faktoren** handelt, die in unserem Essener Projekt erarbeitet wurden, geben wir der Liste die Arbeitsbezeichnung **E-P 9**.

Liste protektiver Faktoren (E-P 9) mit Operationalisierung und Kodierung

Merkmal	Operationalisierung / Erfassung	Codierung (0 oder 1 Punkt)
Keine früheren Haftzeiten [vor dem Unterbringungsverfahren!]	Anamnese/Exploration: Gab es einen Haftaufenthalt (min. 1 Monat) vor dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte?	ja (mindestens 1 Monat): 0 nein: 1
Stabilität in Arbeitsverhältnissen	Item 4 des HCR-20 (Anamnese / Exploration): (0) Immer in Arbeitsverhältnissen oder aktiv danach gesucht (1) Verschiedene Jobs über längere Zeiträume oder aktiv arbeitssuchend (2) Nur Kurzjobs oder keine Arbeitssuche oder – bei längerfristiger Institutionalisierung – Arbeitserwartungen in Einrichtung nicht erfüllt	Stufe 2 im Item 4 des HCR-20 0 Stufe 0 oder 1 1
Erste abgeurteilte Gewalttat nicht vor dem 20. Lebensjahr	BZR-Auszug, Exploration: Wurde der Proband schon vor dem 20. Lebensjahr wegen einer Gewalttat verurteilt?	ja: 0 nein: 1
Nicht durchgängig arbeitslos im letzten Jahr in Freiheit	Anamnese/Exploration: Stand der Patient im Jahr vor der Maßnahme wenigstens kurzfristig in einem offiziellen Arbeitsverhältnis?	nein, nie: 0 ja, wenigstens kurzfristig: 1
Keine Hinweise auf ausgeprägte Hyperaktivität / Impulsivität in Kindheit und Jugend	Skala Hyperaktivität / Impulsivität des ADHD-Fragebogens nach Miller & Blum (1996)	mehr als 7 Punkte 0 bis 7 Punkte 1
Kein Heimaufenthalt im Kindes- oder Jugendalter	Anamnese / Exploration: Waren Sie in Kindheit oder Jugend jemals in einem Heim untergebracht?	ja: 0 nein: 1
Aktuell nicht auffällig reizbar, impulsiv, „anstrengend“	Anger Rating Index	über 8 Punkte: 0 bis 8 Punkte: 1
Relativ späte strafrechtlich aktenkundige Delinquenz	Alter bei erster abgeurteilter Straftat gemäß Eintrag im Bundeszentralregister (Überprüfen in Exploration)	vor Vollendung des 18. Lj.: 0 nach Vollendung des 18. Lj.: 1
Keine Einnahme psychotroper Medikamente	Skala VII des Hamburger Alkoholismuskatalogs: Wird die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln gänzlich verneint?	nein: 0 ja: 1

Tabelle 23: Neun „protektive Merkmale“, die ein negatives Outcome der Unterbringung weniger wahrscheinlich machen, mit Operationalisierung und Codierung der Merkmalsausprägungen. Die Bestimmung des Summenwertes auf dieser Liste wird im Anhang erläutert.

Die folgende Grafik zeigt zunächst, wie die sich die Rohwerte auf einer Summenskala aus neun protektiven Faktoren in der Stichprobe verteilen.

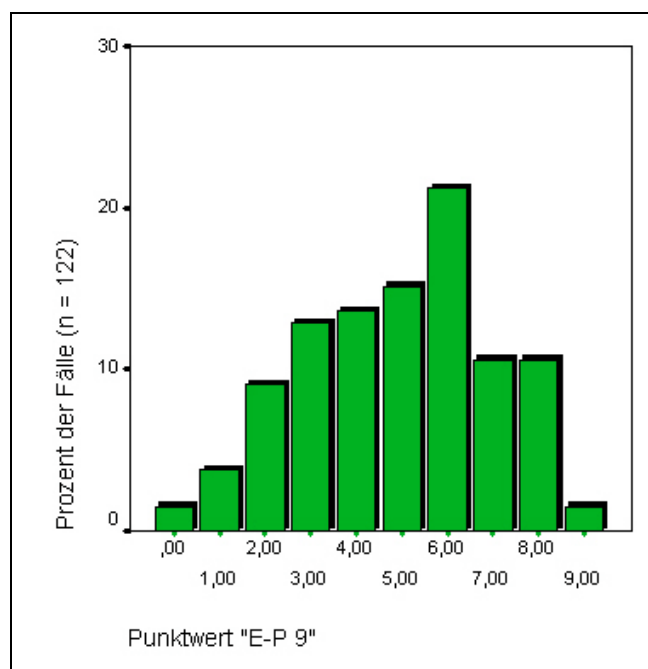


Abb. 6: Verteilung der Punktskummenwerte auf einer Skala neun protektiver Faktoren („E-P 9“) in der Stichprobe

Wert auf einer Skala protektiver Faktoren (E-P 9) und Wahrscheinlichkeit, der Gruppe „Bewährung“ anzugehören

E-P-9-Score	Wahrscheinlichkeit von „Bewährung“
0	4,3 %
1	7,1 %
2	11,4 %
3	18,0 %
4	27,1 %
5	38,6 %
6	51,6 %
7	64,3 %
8	75,3 %
9	83,8 %

Tab. 24: Zusammenhang von E-P 4 – Werten und Wahrscheinlichkeit eines positiven Outcomes.

Tabelle 24 beschreibt nun, mit welcher Wahrscheinlichkeit bei einem bestimmten Wert auf der Skala protektiver Faktoren eine Entlassung zur Bewährung in die Freiheit erwartet werden kann. Natürlich beruhen diese Wahrscheinlichkeitsangaben auf den Verhältnissen in unserer Stichprobe und bedürfen weiterer Prüfung. Die folgende Grafik veranschaulicht die Informationen der vorstehenden Tabelle.

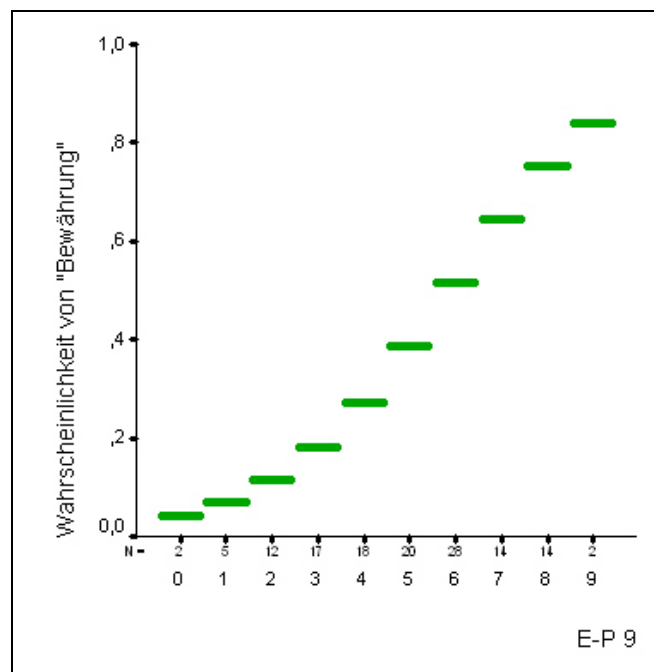


Abbildung 5: Grafische Darstellung des Zusammenhangs von E-P 9 – Werten und der Wahrscheinlichkeit eines positiven Outcomes.

Bei niedrigen Skalenwerten auf „E-P 9“ ist die Wahrscheinlichkeit eines positiven Outcomes ausgesprochen gering und steigt bis etwa zur Mitte der Skala nur langsam an.

Kurzform der Liste „protektiver“ Faktoren (E-P 4)

Für die Skala „E-P 9“ wurden alle Merkmale verwendet, die bei den zuvor beschriebenen Regressionsanalysen für drei Merkmalsblöcke Signifikanz erreicht hatten. Im Rahmen weiterer Untersuchungen zur § 64-Behandlungsprognose sollte man unseres Erachtens auch mindestens diese neun Merkmale – und ggf. weitere aus wissenschaftlicher oder praktischer Sicht relevante Parameter – berücksichtigen.

Es wurde aber auch schon erwähnt, dass bei einer Regressionsanalyse, die alle neun Merkmale zur Vorhersage des Behandlungserfolges verwendet, einige dieser Merkmale mangels

Signifikanz aus der Regression ausgeschlossen werden. Diese weitere Reduktion der Vorhersage auf wenige starke Prädiktoren soll im Folgenden ergänzend dargestellt werden.

Zusammenfassende multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage des Outcomes der Unterbringung

Regression:	R = 0,45	(R ² = 0,20)	df = 4	F = 6,5	p < 0,000 **
Prädiktoren	β	T	p <		
In Haft vor Unterbringungsverfahren	-,19	-2,1	0,036		
Vor Maßnahme 1 Jahr arbeitslos	-,25	-2,8	0,006		
Frühe erste Gewalttat	-,22	-2,4	0,018		
Anger Rating Index	-,19	-2,1	0,037		
<i>Bei der Analyse ausgeschlossen:</i>		Einnahme psychotroper Medikamente (HAK)			
ADHD: Hyperaktivität / Impulsivität		Stabilität in Arbeitsverhältnissen (HCR-20)			
Erste Straffälligkeit lt. BZR		Heimaufenthalt			

Tabelle 25: Ergebnis der zusammenfassenden multiplen Regressionsanalyse. Vier Merkmale leisten eine hoch signifikante ($p < 0,000$) Vorhersage des Outcomes: der multiple Korrelationskoeffizient R beschreibt die gemeinsame Korrelation der vier Prädiktoren mit dem Kriterium. R² schätzt den Anteil der Varianz des Kriteriums, der durch die Regressionsfunktion aufgeklärt wird. β = Gewicht (Beta) des Merkmals in der Regressionsgleichung.

Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit mit den vier stärksten Prädiktoren

		vorhergesagt (Fälle)		
		„Bewährter“	„Beendiger“	
beobachtet	„Bewährter“	25	23	48
	„Beendiger“	8	60	68
		23	83	116

Tab. 26: Vorhersage mittels Diskriminanzanalyse auf der Basis von vier starken Einzelprädiktoren: „Vor Festnahme 1 Jahr arbeitslos“, „Anger Rating Index“, „Haft vor Unterbringungsverfahren“, „Alter bei erster Gewalttat“. n = 116 ist die Anzahl von Fällen mit vollständigen Datensätzen.

Die Klassifikation erfolgt in **73,3 % der Fälle zutreffend**.

Grau unterlegt: Fehlklassifikationen. Falsch Positive: 6,9 % Falsch Negative: 19,8 %

Prüfung der Diskriminanzfunktion: Wilks-Lambda = 0,77 $\chi^2 = 28,9$ df = 4 p = 0,000

Es bleiben somit bei dieser Analyse nur vier Merkmale übrig, mit denen das Outcome der Unterbringung signifikant vorhergesagt werden kann ($R = 0,45$, $p < 0,000$). Tabellarisch dargestellt ist auch wieder das Ergebnis der Klassifikation mittels Diskriminanzanalyse unter

Verwendung der vier verbleibenden Prädiktoren. Die Zuordnung zu den Outcome-Gruppen gelingt annähernd¹⁷ so gut wie bei Verwendung aller neun Merkmale der Skala „E-P 9“.

Eine Summenskala, die auf der Grundlage von nur vier dichotomen (0/1) Merkmalen konstruiert wird, hat naturgemäß einen Wertebereich von 0 bis 4. Im folgenden wird dargestellt, wie sich die Rohwerte auf einer solchen Skala in der Stichprobe verteilen und wie ein Score „E-P 4“ mit der Wahrscheinlichkeit einer Entlassung zur Bewährung korrespondiert.

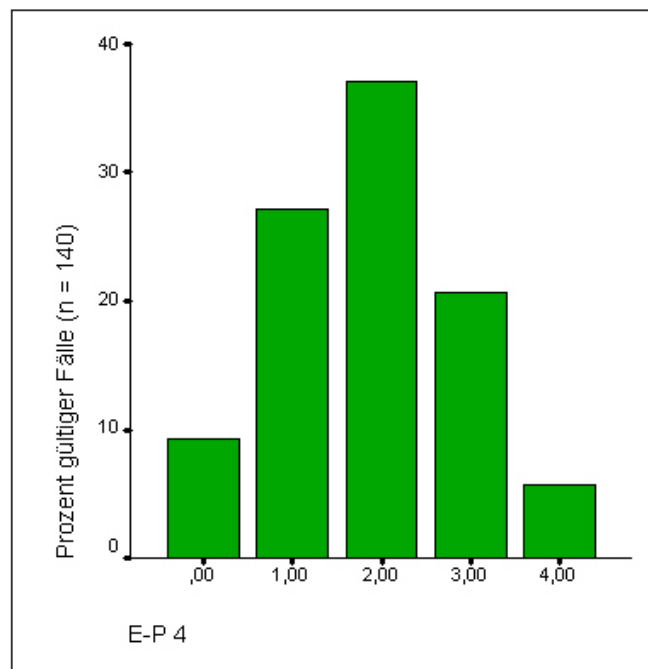


Abb. 8: Verteilung der Werte auf einer KurzskaIa protektiver Faktoren in der Stichprobe (140 vollständige Datensätze für alle vier eingehenden Prädiktoren)

Das Diagramm (Abb. 8) lässt eine gute Anpassung an eine Normalverteilung erkennen. Im Folgenden wird beschrieben, wie die Skalenwerte auf E-P 4 mit der (mittels Diskriminanzfunktion) vorhergesagten Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zur Gruppe „Bewährung“ korrespondieren. Zunächst werden die entsprechenden Schätzungen tabellarisch dargestellt. Dann folgt die anschauliche Abbildung. Der Zusammenhang zwischen dem Skalenscore E-P 4 und der Wahrscheinlichkeit einer Entlassung zur Bewährung ist beeindruckend deutlich.

¹⁷ Es ist aber zu bedenken, dass jeder kleine Zuwachs von Treffsicherheit schon von Gewicht ist, weil im Mittelbereich eines Scores naturgemäß immer nur unsichere Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich sind.

**Wert auf der Kurzskala protektiver Faktoren (E-P 4) und
Wahrscheinlichkeit, der Gruppe „Bewährung“ anzugehören**

E-P-4-Score	Wahrscheinlichkeit von „Bewährung“
0	6,3 %
1	17,9 %
2	41,4 %
3	69,6 %
4	88,1 %

Tab. 27: Tabellarische Darstellung des Zusammenhangs zwischen E-P 4 – Werten und der Wahrscheinlichkeit eines positiven Outcomes.

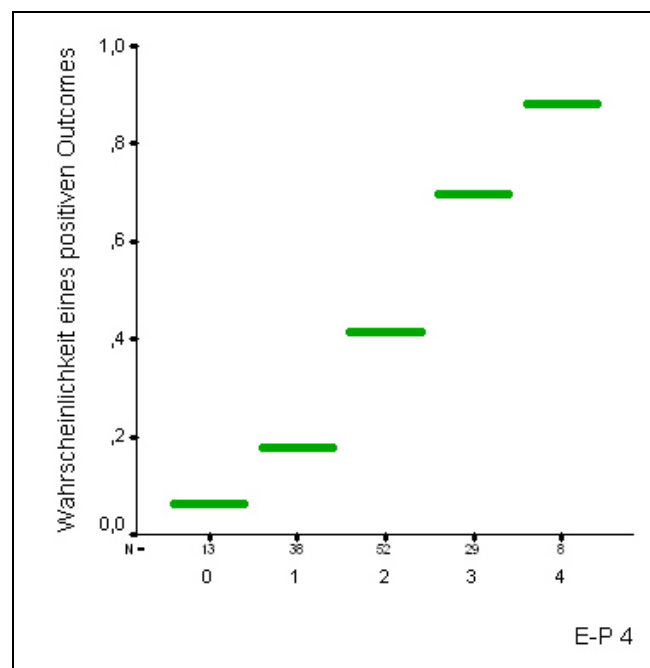


Abb. 9: Grafische Darstellung des Zusammenhangs zwischen E-P 4 – Werten und der Wahrscheinlichkeit eines positiven Outcomes.

Eine ergänzende Analyse

Es wurde abschließend ein Versuch unternommen, unter Verwendung der Merkmale, welche die Skala E-P 4 bilden, zwei Typen von Untergebrachten zu beschreiben. Die statistische Analyse hierzu erfolgte mit der Methode der Clusteranalyse.

Das Verfahren dient der Bestimmung von Untergruppen in einer durch eine Reihe von Merkmalen beschriebenen Objektmenge. Die untersuchten Fälle sollen so gruppiert werden, dass „die Unterschiede zwischen den Objekten einer Gruppe bzw. eines Clusters möglichst gering und die Unterschiede zwischen den Clustern möglichst groß sind“ (Bortz 1993, S. 522).

Clusteranalyse unter Verwendung der vier Merkmale von E-P 4

	Cluster I n = 89	Cluster II n = 51	Eingehende Fälle
Im Jahr vor der Maßnahme nicht durchgehend arbeitslos	66,3 %	25,5 %	n = 140
Erste Gewalttat nicht vor dem 20. Lebensjahr	76,4 %	31,4 %	n = 140
Keine Haftzeit vor dem Unterbringungsverfahren	47,2 %	3,9 %	n = 140
Mäßige Werte im Anger Rating Index	60,7 %	13,7 %	n = 140
Anteil der Fälle mit günstigem Outcome	56,8 %	14,3 %	n = 116
Kein Heimaufenthalt	83,1 %	60,8 %	n = 140
ADHD: Hyperaktivität / Impulsivität eher niedrig	62,1 %	35,3 %	n = 138
Keine ausgeprägte berufliche Instabilität (HCR-20)	77,5 %	43,1 %	n = 140
Relativ späte abgeurteilte Erstdelinquenz	73,8 %	28,6 %	n = 116
Keine Einnahme psychotroper Medikamente	64,8 %	54,9 %	n = 133

Tabelle 28: Vergleich zweiter clusteranalytisch gewonnener Patientengruppen (a) hinsichtlich der vier Merkmale von E-P 4, die in der Clusteranalyse verwendet wurden, (b) hinsichtlich der weiteren Merkmale von E-P 9. Statistische Vergleiche: die Cluster unterscheiden sich für alle Merkmale außer „Keine Einnahme psychotroper Medikamente“ hochsignifikant (Prüfung mittels χ^2 , p stets < 0,01).

Auf der Basis der vier Merkmale der Skala E-P 4 lassen sich 140 Patienten (mit vollständigen Datensätzen) zwei Clustern mit 89 bzw. 51 Fällen zuordnen. Tabelle 28 beschreibt die beiden Cluster. Diese weisen hinsichtlich aller Merkmale aus E-P 4 und E-P 9 überaus deutliche Unterschiede auf (Ausnahme: Einnahme psychotroper Medikamente). Der „typische“ prognostisch ungünstige Patient, der unter den derzeitigen Bedingungen in der Behandlung gemäß § 64 StGB meistens scheitert, weist häufig folgende Merkmalskonstellation auf:

Er war schon vor der Tat und dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte, in Haft (96,1 %), wird im Rahmen der Unterbringung selbst als recht reizbar, impulsiv und „anstrengend“ erlebt (86,3 %), er war im Jahr vor dem Verfahren durchgängig arbeitslos (74,5 %), ist schon recht früh – vor Vollendung des 18. Lebensjahres – erstmals strafrechtlich belangt worden und dies ebenfalls recht früh – vor dem 20. Lebensjahr – wegen einer Gewalttat. Häufig litt er in Kindheit und Jugend unter deutlichen Auffälligkeiten im Sinne einer Hyperaktivitäts- und Impulsivitätsstörung.

Die folgende Tabelle greift zur Beschreibung der Cluster noch einmal einige Merkmale auf, die im Laufe der multivariaten Analysen sozusagen auf der Strecke geblieben sind.

Weitere Unterschiede zwischen den Clustern

Merkmal	Cluster I n = 89	Cluster II n = 51	Statistische Prüfung		
CTQ: körperlicher Missbrauch	M = 8,6	M = 11,0	z = -2,5		p < 0,014
ADHD: Unaufmerksamkeit	M = 7,1	M = 9,2	z = -2,4		p < 0,016
PCL:SV Psychopathische Persönlichkeitszüge	M = 3	M = 5	z = -3,1		p < 0,002
PCL:SV Psychopathisches Verhalten	M = 4	M = 8	z = -4,7		p < 0,000

Tabelle 29: weitere Unterschiede zwischen den Clustern. Von den Aspekten des CTQ separiert nur „Körperlicher Missbrauch/Misshandlung“ signifikant, von den ADHD-Dimensionen „Unaufmerksamkeit“ und „Hyperaktivität/Impulsivität“, ebenso die Therapeuteneinschätzungen in Bezug auf psychopathische Züge.

Erwähnenswert erscheint, dass die Clusteranalyse nur gut ein Drittel der Fälle dem ungünstigen Cluster II (36,4 %), die übrigen dagegen dem günstigeren Cluster I zuordnet. Nun ist diese Analyse ein neutrales statistisches Verfahren, welches weder den Druck, unter dem die Klinikverantwortlichen stehen, noch das allgemeine kriminalpolitische Klima in seine mathematischen Prozeduren einbezieht. Es bestimmt den „Cutt-Off-Punkt“ für seine Zuordnungen einzig aufgrund der Ähnlichkeiten zwischen Fällen, und hat offensichtlich eine kleinere Gruppe von Patienten gut abgrenzen können, in der ungünstige Bedingungen gehäuft zusammentreffen. In einer größeren Gruppe sind die Verhältnisse keineswegs so eindeutig, was für die Diskussion der Befunde doch wichtig erscheint. Die folgende Grafik veranschaulicht noch einmal das Verhältnis von Clusterzugehörigkeit und Outcome (Daten aus Tabelle 28). Patienten, die Cluster II zugeordnet werden, erreichen fast nie ein günstiges Outcome des Behandlungsversuchs im Maßregelvollzug. Patienten aus Cluster I dürfen hoffen.

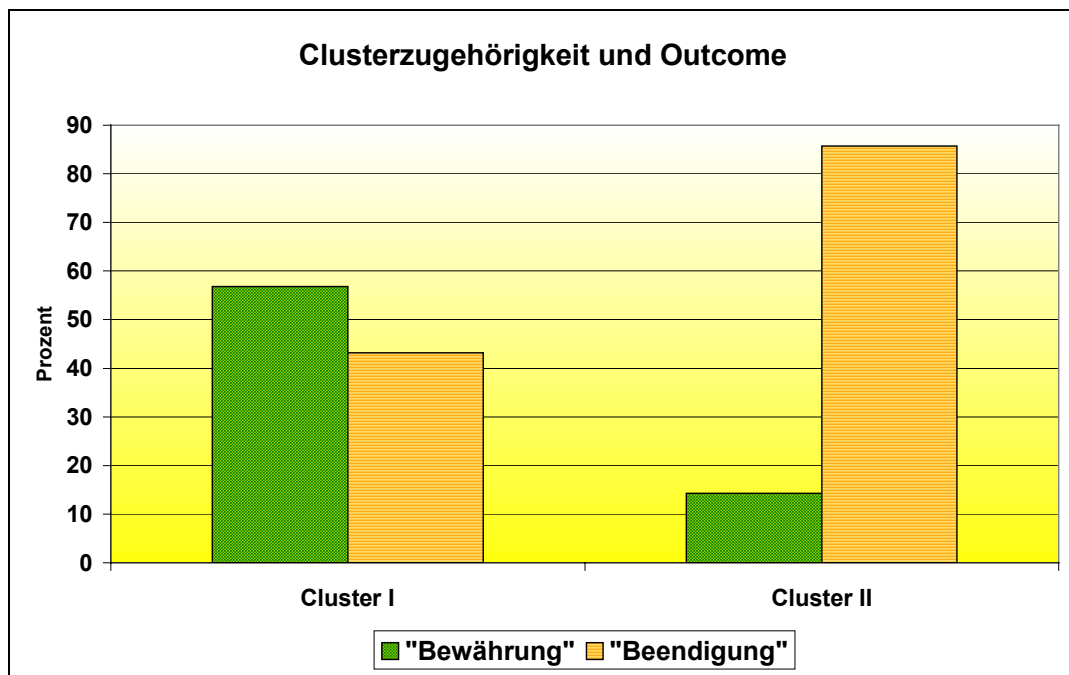


Abb. 10: Beziehung zwischen zwei auf der Basis von vier Merkmalen (E-P 4) gebildeten Clustern von Patienten und Outcome der Unterbringung (Bezug: n = 116 Fälle).

Diskussion

Eine Übersicht über die empirischen Befunde findet sich im Abschnitt Zusammenfassung des Projektberichtes. Speziell soll an dieser Stelle noch einmal auf folgende Aspekte hingewiesen werden.

- (1) Von den 150 untersuchten männlichen § 64-Patienten mit einer Alkoholproblematik waren 125 zum Zeitpunkt der Auswertung für diesen Zwischenbericht bereits aus der Maßnahme entlassen.
- (2) 53 Patienten mit einem eher günstigen formalen Outcome wurden für die weiteren Auswertungen als Gruppe „Bewährung“ zusammengefasst, 72 Patienten als Gruppe „Beendigung“ (Kurzform für „Beendigung wegen nicht hinreichend konkreter Aussichten eines Behandlungserfolges“).
- (3) Im Durchschnitt erfolgte die Erstuntersuchung im Rahmen der Studie deutlich über ein Jahr vor dem Ende der Behandlung. Es wurde geprüft, welche Merkmale Zusammenhänge mit dem späteren Outcome der Maßnahme aufweisen.
- (4) Angaben der Patienten in Persönlichkeitsfragebögen waren in dieser Hinsicht wenig ergiebig. Berichte der Patienten über Hyperaktivität/Impulsivität in der Kindheit und über Erfahrungen von Misshandlung und Vernachlässigung waren jedoch von prognostischem Gewicht. Dies galt auch für das Arbeitsverhalten der Patienten in der Vorgeschichte und für anamnestische Merkmale, die auf frühe und andauernde Dissozialität hinweisen.
- (5) Die Bezugstherapeuten beschrieben die später „beendeten“ Patienten als reizbarer und anstrengender als die zur Bewährung entlassenen und nahmen bei ihnen eher Merkmale einer dissozialen Störung wahr. Auch schrieben sie ihnen etwas höhere Werte auf der Kurzform der Psychopathy-Checkliste (PCL:SV) zu.
- (6) Auf der Basis der Gruppenunterschiede wurden zwei Listen von 9 bzw. 4 Merkmalen dargestellt, die einen sehr deutlichen Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit einer Entlassung zur Bewährung aufweisen.

Bei der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen beschränken wir uns im Folgenden nicht auf Fragen der Therapieverlaufsprognose. Vielmehr versuchen wir, einzelne Befunde im Hinblick auf Aspekte der therapeutischen Praxis sowie der konzeptionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen eingehender zu erörtern.

Zur hohen Quote ungünstiger Behandlungsverläufe

Ein erheblicher Teil der Unterbringungen wird auf eine problematische Weise abgeschlossen. Vor allem ist der Anteil der Patienten hoch, bei dem eine Beendigung wegen mangelnder Erfolgsaussichten der Behandlung erfolgt. Dieser Befund wird die Praktiker des Maßregelvollzugs nicht überraschen. In Diskussionen über die hohe Quote von „Beendigungen“ wird deren Bedeutung oft relativiert: So gebe es Patienten, die selbst auf den Abbruch der Unterbringung und die Rückverlegung in die Strafhafte drängten, weil sie auf diese Weise rascher die Freiheit wiedererlangen könnten. In anderen Fällen komme man in Ansätzen zu einer durchaus positiven Behandlungsbilanz, die jedoch nicht ausreiche, um die hohe – in § 67d(2) StGB definierte Schwelle – für eine Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung zu überwinden, oder die Patienten gäben sich selbst mit einem Teilerfolg zufrieden. Diese Feststellungen mögen in Einzelfällen gut begründet sein, doch hat man bisweilen auch den Eindruck, dass ein Missstand schöngeredet wird.

Eine Quote von deutlich mehr als 50 % Rückverlegungen in den Strafvollzug ist aus verschiedenen Gründen hoch problematisch. Zum einen ist es eine alte Erkenntnis, dass „Behandlungs-dropouts“ und Verurteilte, die aus einem Behandlungs- in den Regelvollzug zurückverlegt werden, eine besonders hohe Rückfallquote aufweisen (Egg 1990). Dabei scheint diese erhöhte Rückfallquote nicht nur ein Selektionseffekt zu sein. Es gibt zumindest Anhaltspunkte dafür, dass die Erfahrung des „Behandlungsversagens“ delinquente Rückfallgefahren noch zusätzlich erhöht (vgl. Lösel & Schmucker 2004). Sorgen machen uns in diesem Zusammenhang weniger die Patienten, die der Behandlung gegenüber eine von Anfang an abwehrende und renitente Haltung einnehmen und bei denen daher früh eine Beendigung erfolgt. Ihre Zahl ist wohl auch eher klein. Viel bedenklicher ist, wenn Patienten in der Behandlung längere Zeit kooperieren, Hoffnung auf den Ertrag ihrer Mitarbeit setzen und dann am Ende doch die Feststellung von „Aussichtslosigkeit“ erfolgt. Für solche Patienten kann das Scheitern in der Behandlung durchaus eine Erfahrung darstellen, die sie in einer resignativen Haltung bestätigt und antisoziale Tendenzen verstärkt.

Das quantitative Verhältnis von Behandlungsverläufen mit eher positivem und eher negativem Outcome erscheint auch bedeutsam für die Fähigkeit einer Einrichtung, Patienten zur Mitarbeit in der Behandlung zu motivieren und zumindest Ansätze eines therapeutischen Klimas auf den Stationen zu etablieren. Was es für das Motivationspotential eines Behandlungsangebots bedeutet, wenn das Scheitern den statistischen Regelfall darstellt, liegt eigentlich auf der Hand.

Werden die Patienten immer schwieriger?

In der Diskussion über problematische Entwicklungstendenzen in der forensischen Psychiatrie wird oft angeführt, dass zunehmend Patienten mit schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen, gravierenden Delikten und hohen Parallelstrafen zur Aufnahme kämen, was die therapeutische Arbeit immer schwieriger mache. Nun ist es ein allgemeines Phänomen, dass immer gerade diejenigen Patienten die schwierigsten sind, mit denen man aktuell konfrontiert ist. Wer einige Jahre in einer solchen Einrichtung gearbeitet hat, erinnert sich an Zeiten, in denen die Patienten erträglicher und die Teamsituation erfreulicher waren. Es liegt an Gesetzmäßigkeiten unserer Gedächtnissysteme, dass das weitere Zurückliegende in einem freundlicheren Licht erscheint.

Schaut man auf objektive Daten, so zeichnen diese in Bezug auf die Entwicklung der Klientel kein eindeutiges Bild. Vergleicht man zum Beispiel die Zusammensetzung der Anlassdelikte in den 80er Jahren mit den aktuellen Verhältnissen, so findet man eine Zunahme von Gewalttaten. Dessecker (1996) evaluierte eine große Stichprobe aus dem Unterbringungs-Jahrgang 1986. In dieser Gruppe, zu etwa Dreivierteln primär alkoholabhängig, war „Diebstahl unter erschwerten Umständen“ das häufigste Unterbringungsdelikt (21,7 %). Doch war auch damals schon knapp die Hälfte (47,7 %) der Patienten wegen „schwerer“ Delikte (Tötung, Körperverletzung, Sexualstraftaten, Brandstiftung, Raub ...) untergebracht, wenn man die wegen Vollrausches Verurteilten (12,4 %) hinzurechnet. Zudem waren diejenigen Fälle (11 %) nicht einbezogen worden, bei denen eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erfolgte. Eine gewisse Zunahme des Anteils von Gewalttätern hat seither dennoch stattgefunden. Er liegt für den § 64-Maßregelvollzug insgesamt, einschließlich der Btm-Patienten, bei zwei Dritteln (von der Haar 2004) und ist damit höher als bei den Insassen des Strafvollzugs.

Betrachtet man jedoch die Entwicklung in den letzten zehn Jahren, dem Zeitraum, in dem der Anteil der wegen Aussichtslosigkeit beendeten Patienten beträchtlich angewachsen ist, so bietet sich ein ganz anderes Bild. Auf der einen Seite beobachten wir eben einen deutlichen Rückgang der Entlassungen zur Bewährung: Von weit über 50 % ist der Anteil der Patienten, der das formal günstigste Outcome erreicht, kontinuierlich auf deutlich unter 40 % zurückgegangen (von der Haar 2003, S. 52). Der Anteil der Patienten, bei dem eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erfolgt, ist ähnlich kontinuierlich von etwa 35 auf über 50 % angestiegen. Diese Entwicklungen korrespondieren keineswegs mit entsprechenden Veränderungen der Klientel: Der Anteil der Patienten, bei denen auch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird, ist diesem Zeitraum von über 70 % auf etwa 50 % zurückgegangen (ebd. S. 25). Ein leichter Rückgang ist auch für die Gesamthafterfahrung der Patienten zu verzeichnen. Die durchschnittliche Zahl von Einträgen ins Bundeszentralregister ist über die Jahre konstant geblieben (ebd. S. 31). Bei Alkoholpatienten findet sich allerdings ein Anstieg bei den neben der Unterbringung angeordneten Parallelstrafen, von durchschnittlich knapp 30

auf knapp 40 Monate. Während bei der Gesamtgruppe ein Rückgang bei Tötungs- und Sexualdelikten festzustellen ist, ist der Anteil der Gewaltdelikte bei Alkoholpatienten angestiegen von über 60 auf über 70 Prozent.

Das Bild ist also nicht eindeutig, doch kann eine Veränderung der Klientel die weitgehenden Verschiebungen in der Vollzugspraxis keinesfalls erklären.

E-P 9 oder E-P 4 als Basis prognostischer Entscheidungen?

Auf der Grundlage unserer Daten wurden zwei Listen von Merkmalen beschrieben, die einen deutlichen Zusammenhang mit dem Outcome der Maßnahme aufweisen. Dieser enge Zusammenhang mit dem Outcome ist natürlich eine Folge des methodischen Konstruktionsprinzips: aus der großen Zahl von Merkmalen, die erfasst wurden, wurden in einem schrittweisen Verfahren eben diejenigen ausgewählt, die in der Stichprobe den Verlauf der Unterbringung am besten vorhersagen.

In der Einleitung des Projektberichts wurde auf die Kapazitätsprobleme in den forensischen Kliniken hingewiesen. Im Rahmen der Darstellung der Ergebnisse wurde auch erwähnt, dass in vielen Fällen eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit nach einer relativ langen Zeit in der Unterbringung erfolgt. Man könnte daher auf die Idee kommen, die beiden Listen „protektiver Faktoren“ als Leitlinien heranzuziehen, um eine frühere Weichenstellung zu begründen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, auf eine Reihe von Problemen hinzuweisen.

Zum Einen wurden die beiden Merkmalslisten aufgrund der speziellen Verhältnisse in unserer Stichprobe bestimmt. Bevor man mit ihnen weit reichende Schlussfolgerungen begründet, wäre es eigentlich erforderlich, die Validität der einzelnen Merkmale in einer weiteren Untersuchung zu bestätigen.

Die Bedeutung der in den Merkmallisten aufgeführten Aspekte könnte in einer unabhängigen Untersuchung geprüft werden. Dies wäre mit überschaubarem Aufwand zu realisieren, indem man bei einer ausreichend großen Zahl von Patienten in den ersten Monaten der Behandlung eine Einschätzung hinsichtlich E-P 9 bzw. E-P 4 vornimmt und den Verlauf und formalen Abschluss der Behandlung beobachtet. Interessant wäre es, die Merkmalslisten auch bei drogenabhängigen Patienten zu erproben.

Ein gravierendes methodisches (und auch therapeutisches) Problem besteht darin, dass bestimmte Skalenergebnisse sich als „self fulfilling prophecy“ auswirken können, wenn die Einschätzungen durch diejenigen erfolgen, die auch über das formale Ende der Behandlung mitentscheiden. Eine Alternative wäre, dass Therapeuten Patienten einschätzen, deren Entlassung nach einem bestimmten Modus bereits feststeht. Aufgrund des weitgehend objektiven Charakters der meisten Merkmale ist eine Beeinflussung der Beurteilung durch das absehbare Outcome der Maßnahme nicht zu erwarten.

Zum Zweiten können wir natürlich auf der Grundlage unserer Daten nur vorhersagen, wie unter den gegenwärtigen rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen in den Kliniken verfahren wird. Ob man diese Praxis für angemessen hält, ist eine ganz andere Frage. Es besteht die Gefahr, eine problematische Praxis zu zementieren, wenn man aus ihr – scheinbar hochwissenschaftlich – allgemeine Beurteilungsprinzipien ableitet.

Gravierend ist außerdem ein grundsätzliches Problem, welches sich bei jeder statistischen Prognose stellt (Grubin 1997, Volckart 1998): Man kommt meist nur in den Extrembereichen eines Prognoseinstrumentes zu sehr prägnanten Aussagen im Sinne einer sehr hohen oder sehr niedrigen Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Ereignisses. Die meist häufigen mittleren Werte einer Skala gehen in der Regel auch mit mittleren Wahrscheinlichkeitsgraden einher. Der Urteiler steht dann, wenn seine Entscheidung nur auf der Basis des statistischen Prognoseverfahrens erfolgen soll, vor der Frage, welchen „Klassifikationsschwellenwert“ („Cut-off-score“) er wählt. Mit dieser Festlegung eines Schwellenwertes bestimmt er aber auch, welchen Fehler er bei seiner Klassifikation eher bereit ist in Kauf zu nehmen.

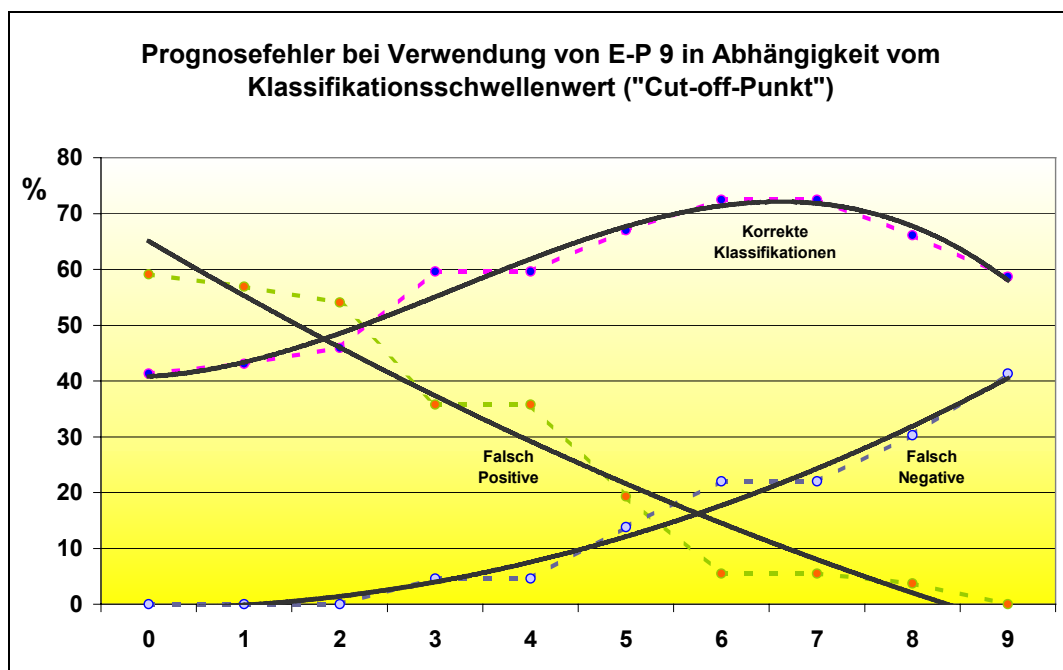


Abb. 11: Prognosefehler in Abhängigkeit vom Klassifikationsschwellenwert am Beispiel der Merkmalsliste E-P 9. Falsch Positive: Anteil der Fälle, bei denen zu Unrecht ein günstiges Outcome angenommen wird. (Alle Kalkulationen beziehen sich auf die 109 Fälle, die aus der Unterbringung entlassen sind und für die E-P 9 vollständig bestimmt werden konnte.)

Beim Einsatz von E-P 9 kann ein Proband Werte zwischen 0 und 9 erreichen. Wir wissen, dass seine Aussichten einer Entlassung zur Bewährung mit dem Skalenwert anwachsen. Der

Zusammenhang wurde bereits auf S. 59 grafisch dargestellt. Der Zusammenhang ist ein stetiger, es gibt keinen Skalenpunkt, der sich als Klassifikationsschwellenwert aufdrängt. Wähle ich für diesen einen hohen Skalenwert, so sage ich für wenige Patienten ein positives Outcome voraus und nehme in Kauf, dass für etliche Patienten zu unrecht ein ungünstiges Ergebnis vorhergesagt wird. Wähle ich einen weniger strengen, niedrigen „Cut-off-Punkt“, so akzeptiere ich eher, dass Patienten zu unrecht eine günstige Prognose erhalten.

Abbildung 11 macht deutlich, dass die meisten korrekten Klassifikationen bei einem Klassifikationsschwellenwert von 6 oder 7 erfolgen. Die Orientierung an einem so hohen Cut-off-Score würde besagen: Erst bei einem so hohen Skalenwert (einer so großen Zahl protektiver Faktoren) entscheidet man sich dafür, dem Patienten eine günstige Verlaufsprognose zu stellen. In diesem Fall wird nur für etwa 10 % der Fälle zu Unrecht ein günstiges Ergebnis vorhergesagt. Man nimmt dabei jedoch in Kauf, dass etwa 20 % der Patienten zu Unrecht negativ eingeschätzt werden. In gut 70 % der Fälle ist die Vorhersage korrekt.

Will man mehr Patienten eine Chance geben, so nimmt man entsprechend mehr falsch positive Prognosen in Kauf.

Mit einer weitgehend statistisch begründeten Prognose wäre in der klinischen Praxis ein weiteres erhebliches Problem verbunden. Es erscheint uns im Hinblick auf das Ziel, ein akzeptables therapeutisches Klima in der Einrichtung zu bewahren, wichtig, dass die Patienten Entscheidungen von großer Tragweite nachvollziehen und einen Zusammenhang mit ihrem Verhalten erkennen können. Wenn die Bestimmung irgendwelcher Prognosescores, seien es nun PCL:SV, E-P 9 oder andere, zur zentralen Grundlage von Entscheidungen werden, so fördert man eine kafkaeske Situation, in denen der Patient sich undurchschaubaren Strukturen ausgeliefert und wie ein Objekt behandelt fühlt. Daher können unseres Erachtens Merkmalslisten zwar herangezogen werden, um für den Patienten eine vorläufige „Risiko-Basisrate“ zu bestimmen, über die man sich mit ihm durchaus auch offen und konfrontativ auseinander setzen kann. Konkrete Entscheidungen sollten jedoch so getroffen werden, dass sie zumindest für die Mehrheit der Mitpatienten nachvollziehbar sind und einen Bezug zum konkreten Verhalten des betroffenen Patienten haben.¹⁸ Wenn man sich selbst in die Situation eines Patienten in einer gesicherten Institution hineindenkt, so drängt sich das Bedürfnis, einen Rest an Kontrolle über das eigene Schicksal zu bewahren und Entscheidungsabläufe zumindest nachvollziehen zu können, unmittelbar auf. Solche Bedenken erübrigen sich allerdings, wenn man sich von einem therapeutischen Anspruch verabschiedet und Sicherheit, störungsfreie Abläufe und die Minimierung problematischer Vorkommnisse über alles gehen.

¹⁸ Dies besagt nicht, dass oberflächlich angepasstes, unaufrichtiges Verhalten hingenommen werden muss. Die Behandler sollten aber bemüht sein, sich mit den Patienten konfrontativ darüber auseinander zu setzen, welche Aspekte des Verhaltens eine negative Einschätzung begründen.

Noch ein Gesichtspunkt sollte vor der Anwendung von E-P 9 oder 4 als Prognoseinstrument bedacht werden: Ein wichtiger Prädiktor ist ein therapeutisch beeinflussbares und damit dynamisches Merkmal. Gemeint ist die Einschätzung des Patienten auf dem „Anger Rating Index“. Patienten werden für diesen Faktor günstig eingeschätzt, wenn sie nicht auffällig „reizbar, impulsiv, anstrengend“ erscheinen. Therapeutinnen und Therapeuten kennen die Erfahrung, dass einzelne Patienten sich in dieser Hinsicht im Laufe einiger Monate in der Behandlung ändern. Fast immer hat sich zuvor ihr Kontakt zu einer oder mehreren Personen im Team verbessert, haben sich Ansätze der vielbeschworenen „tragfähigen therapeutischen Beziehung“ entwickelt.

Fallbeispiel: Zur Aufnahme kam ein Patient Anfang 30 mit einer unangenehm gewalttätigen Aura. Dieser Patient hatte eine schwierige Vorgeschichte, war einige Zeit Mitglied der Fremdenlegion gewesen und wegen einer Messerstecherei verurteilt worden (versuchter Totschlag). Man hatte den Eindruck, dass er mit seinem Gewaltpotential kokettierte, um einen sicheren Abstand zwischen sich und anderen Menschen aufrecht zu halten. Er wirkte dabei etwas heimtückisch und fassadenhaft und wuchs einem nicht spontan ans Herz. Doch konnten eine Therapeutin und ein Krankenpfleger im Laufe einiger Monate einen recht guten Kontakt zu ihm aufbauen. Der Patient war im Übrigen beständig in seiner Mitarbeit und einigermaßen absprachefähig. Ohne dass sich im Laufe der Arbeit mit ihm Dramatisches ereignet hätte, änderte sich seine Haltung allmählich, und seine gewalttätige Aura war nach etwa einem Jahr praktisch nicht mehr wahrnehmbar. Man hatte den Eindruck, dass er dieses Schutzes nicht mehr bedurfte und dass er auch beginnen konnte, ernsthafter über sein Leben und die vor ihm liegenden Schwierigkeiten nachzudenken. Der Patient wurde nach gut anderthalb Jahren zur Bewährung entlassen.

Auch wenn ein Patient einen E-P-4 Score von 1 hat damit die Wahrscheinlichkeit eines günstigen Ausgangs der Behandlung – zumindest nach unseren Befunden – nur 17,9 % beträgt, so stellt sich für die zu treffende Individualprognose die Frage: wird er zu der kleinen Gruppe gehören, die trotz des ungünstigen Hintergrundes zur Bewährung entlassen werden kann? Statische und historische Merkmale sind nur geeignet, Basisrisiken zu quantifizieren. Die Forschung sollte nach weiteren dynamischen Merkmalen Ausschau halten, auf die therapeutisch Einfluss genommen werden kann und die das Outcome mit beeinflussen (vgl. Hanson & Harris 2000).

Unsere Ergebnisse liefern Hinweise auf Parameter, die unter solchen Gesichtspunkten näher betrachtet werden sollten: die durch die Patienten erlebte Qualität der therapeutischen Beziehung, die erlebte Kompetenz der Behandler und die allgemeine Beziehung der Patienten zum Team (siehe Tabelle 14, vgl. auch Drapeau et al. 2003). Natürlich haben solche Merkmale eine komplexe Kausalität, doch stellt sich die Frage, wie entsprechendes Erleben der Patienten in der Behandlung gefördert werden kann. Bei der Auswertung der katamnästischen Daten im Abschlussbericht werden wir uns eingehender mit dynamischen Aspekten des Behandlungsverlaufs und der Entlassungssituation befassen.

Zum Stellenwert der Psychopathy-Checklist und des HCR-20

Im Rahmen der Studie wurden zwei in den letzten Jahren viel diskutierte Instrumente zur Einschätzung krimineller Rückfallrisiken eingesetzt. Die Patienten wurden sowohl von den beiden Untersucherinnen als auch ihren Bezugstherapeuten auf der Kurzversion der Psychopathy-Checklist (PCL:SV, Hart et al. 1995) eingeschätzt. Auf der Grundlage von Erstuntersuchung und Aktenstudium erfolgte die Kodierung der historischen Items des HCR-20 (Webster et al. 1997, Müller-Isberner et al. 2000).

Für die PCL:SV-Werte fanden sich Unterschiede in den beiden Outcome-Gruppen, wobei wir in üblicher Weise zwischen zwei¹⁹ Faktoren von „Psychopathy“, nämlich „Psychopathische Persönlichkeit“ und „Antisoziales Verhalten“, differenziert haben. Für die Einschätzungen durch die Untersucherinnen ergab sich nur für den zweiten Faktor eine signifikante Differenz. Bei der Einschätzung durch die Therapeutinnen und Therapeuten unterschieden sich die Outcome-Gruppen auf beiden Faktoren statistisch erheblich. Nun ist letzteres wiederum ein etwas trivialer Befund. Natürlich haben Patienten geringere Aussichten einer Entlassung zur Bewährung, wenn ihre Therapeuten ihnen einen heimtückischen und manipulativen Charakter zuschreiben und dann selbst ein halbes oder ein Jahr später über den Modus der Entlassung mitentscheiden. Prognoseinstrumente bergen eine Gefahr der Self-fulfilling-prophecy. Bei der wissenschaftlichen Prüfung von Instrumenten ist es wichtig, dass zwischen der Erhebung der Prädiktoren und der Erfassung des Kriteriums weitgehende Unabhängigkeit besteht. Wir haben unsere statistische Analyse der Untersuchungsdaten daher so gesteuert, dass relativ objektiv erfassbare Merkmale bessere Chancen hatten, als signifikante Prädiktoren bestätigt zu werden (zum Beispiel „Heimaufenthalt in der Vorgeschichte“).

Beim HCR-20 wurden aufgrund der zum ersten Erhebungszeitpunkt erfassten Daten die historischen Items eingeschätzt. Zwei dieser Merkmale haben sich als prognostisch sehr bedeutsam erwiesen und – dichotomisiert - in die Listen E-P 9 und 4 Eingang gefunden: „Geringes Alter bei erster Gewalttat“ und „Probleme im Arbeitsbereich“.

Im Rahmen der Rückmeldung über den Behandlungsverlauf zum Zeitpunkt der Entlassung haben die Therapeutinnen und Therapeuten auch die C-Items (klinische Merkmale) und die R-Items (Risikofaktoren) eingeschätzt. Für diese unterscheiden sich die beiden Outcome-Gruppen deutlich, was ebenfalls trivial ist, weil diese Beurteilung ja nicht prospektiv erfolgte.

Es ist naheliegend, dass Therapeuten auf diese Weise ihre Entscheidung über Entlassung zur Bewährung oder „Beendigung“ untermauern. Im Rahmen eines Vergleichs entlassener und nicht entlassbarer Patienten des § 63-Maßregelvollzugs fand sich ein analoges Ergebnis: Auf einer Liste mit 16 Merkmalen wurde auch die klinische Entwicklung der Patienten beurteilt. Die entlassenen Patienten wurden hinsichtlich aller Ent

¹⁹ Derzeit findet eine etwas irritierende Diskussion darüber statt, ob „Psychopathy“ nicht angemessener auf drei oder auch auf vier Faktoren zurückzuführen ist (Douglas & Poythress 2004).

wicklungsparameter einheitlich und undifferenziert zwei Skalenstufen günstiger eingeschätzt (Schalast 2003).

Die prognostische Validität von PCL:SV und HCR-20 soll im Rahmen der weiteren Auswertung der Untersuchungsdaten, insbesondere im Hinblick auf die Bewährung entlassener Patienten in Freiheit, systematischer geprüft und im Abschlussbericht erörtert werden.

Zur prognostischen und klinischen Bedeutung der Merkmale der Liste E-P 9

Im folgenden soll versucht werden, die klinische oder prognostische Bedeutung der in E-P 9 aufgelisteten Merkmale, auch im Hinblick auf Fragen der Behandlung, näher zu beleuchten.

(1) Keine früheren Haftaufenthalte (vor dem Unterbringungsverfahren)

Die Bedeutung dieses Merkmals liegt auf der Hand. Die Unterbringung nach § 64 StGB setzt eine Straftat von einiger Erheblichkeit voraus. Ein früherer Haftaufenthalt weist darauf hin, dass der Patient schon vor dem Unterbringungsdelikt mindestens einmal eine schwere Straftat begangen hat. In unserer Stichprobe weisen Patienten ohne Vorhafterfahrung im Mittel (Median) 2, solche mit Vorhafterfahrung 10 Eintragungen im Bundeszentralregister auf. Das Merkmal unterscheidet also recht deutlich zwischen Patienten, deren Straffälligkeit vielleicht eher Ausdruck einer aktuellen Krise oder Konfliktsituation oder auch Zuspitzung der Suchtproblematik ist und solchen, bei denen strafbare Handlungen eine verfestigte Verhaltensbereitschaft darstellen. Längerfristiges aggressives und delinquentes Verhalten hat oft einen Hintergrund in einer Kumulation biologischer, psychologischer und sozialer Risikofaktoren, durch die normale und nicht-deviante Entwicklungschancen beeinträchtigt werden (Lösel & Bliesener 2003, zit. nach Steffen 2004). Kriminologisch gehören Patienten mit Vorhafterfahrung, jedenfalls im Durchschnitt, zu einer weit problematischeren Gruppe als diejenigen ohne Vorhafterfahrung.

(2) Stabilität in Arbeitsverhältnissen

(4) Nicht durchgängig arbeitslos im letzten Jahr in Freiheit

In der Merkmalsliste E-P 9 sind gleich zwei Items vertreten, die auf den Arbeitshintergrund des Patienten abheben. „Stabilität in Arbeitsverhältnissen“ ist eines der historischen Items des HCR-20. Mit zwei Risikopunkten werden Probanden kodiert, die in ihrem Leben weder in Arbeitsverhältnissen gestanden noch sich um diese bemüht haben. Mit dem zweiten Item wird Dauerarbeitslosigkeit im Jahr vor der Maßnahme als Risikofaktor identifiziert.

Nun leben wir seit geraumer Zeit in einer gesellschaftlichen Situation, in der ein erheblicher Teil der erwerbsfähigen Bevölkerung, auch gegen seinen Willen, aus dem Arbeitsleben ausgegrenzt wird. Es wird einem etwas unbehaglich dabei, Arbeitslosigkeit im konkreten Einzelfall als individuellen Risikofaktor zu werten. Gerade Item 4 erhält seine Bedeutung erst im Kontext der übrigen Merkmale.

Doch wird in der Arbeitsanamnese eines Probanden deutlich, ob es ihm überhaupt gelungen ist, ansatzweise in eine prosoziale Rolle und Identität hineinzuwachsen. Für junge Männer, die weder familiären Rückhalt noch schulischen Erfolg erlebt haben, ist dies ausgesprochen schwierig. Manche demonstrieren dann Leistungsverweigerung und leben in Randgruppen mit der Flasche in der Hand in den Tag hinein. Im Rahmen der forensischen Behandlung wie auch im Strafvollzug (Alberti 1990) erlebt man oft, dass die Leistungsbereitschaft solcher Klienten auflebt, wenn ihnen etwas Unterstützung und Anerkennung zuteil wird; sie können dann durchaus zu den beständigen und geschickten Arbeitern gehören. Doch entwickeln sie – außerhalb eines fürsorglichen therapeutischen Kontextes – leicht misstrauisch-gespannte Übertragungen auf Autoritätspersonen, reagieren überzogen auf jede Art von Kritik und sind leicht zu entmutigen. Rauchfleisch (1981, 79) weist auf die geringe Belastbarkeit, die hohe Störbarkeit und den Mangel an planender Voraussicht bei dissozialen Menschen im weiteren Sinne hin.

Wenn ein Patient überhaupt einige Zeit in Arbeitsverhältnissen gestanden hat und er im Vorfeld der Unterbringung nicht durchgängig arbeitslos war, so spricht dies für eine gewisse Stabilität, Motivierbarkeit und Konfliktfähigkeit. Es ist nachvollziehbar, dass die Kliniken in solchen Fällen eher eine Möglichkeit sehen, Patienten schrittweise, über Lockerungen und eine Dauerbeurlaubung, auf das Leben in Freiheit vorzubereiten.

(3) Erste abgeurteilte Gewalttat nicht vor dem 20. Lebensjahr

(8) Relativ späte strafrechtlich aktenkundige Delinquenz

Mit diesen beiden Items wird ein relativ spätes Einsetzen („late onset“) abweichenden und straffälligen Verhaltens als ein protektiver Faktor identifiziert. Das erste Merkmal gehört dabei ebenfalls zu den historischen Items des HCR-20.

Unser Ergebnis entspricht grundlegenden kriminologischen Erkenntnissen, wonach ein beträchtlicher Teil der (vom Sanktionssystem erfassten) Straftaten auf Personen zurückgeht, die sowohl sehr früh in der Biographie als auch im jungen Erwachsenenalter durch Straffälligkeit in Erscheinung treten (Stattin & Magnusson 1991). Frühe Auffälligkeit an sich ist eigentlich kein gravierender Risikofaktor, weil sehr viele Jugendliche durch einzelne Straftaten auffallen. Diejenigen jedoch, bei denen sich aus dem „early onset“ devianten Verhaltens eine stabile Verhaltensdisposition entwickelt, stellen kriminologisch natürlich eine problemati

sche Kerngruppe dar, bei der durchgängig von einer erhöhten Rückfallgefahr auszugehen ist.

Bezogen auf die allgemeine Altersverteilung von Kriminalität ist die Unterbringung in der Entziehungsanstalt eigentlich eine „Spätintervention“. Die Patienten standen zum Zeitpunkt der Untersuchung im Durchschnitt etwa in der Mitte des vierten Lebensjahrzehnts, während im allgemeinen kriminelle Karrieren nach der Mitte des dritten Lebensjahrzehnts eher abflauen.

Eine relativ frühe erste Gewalttat und erste aktenkundige Delinquenz sprechen also gerade bei der Klientel der Entziehungsanstalt für eine Chronifizierung der Problematik. Andererseits erreicht sie die Maßnahme der Unterbringung im Durchschnitt in einer Lebensphase, in der auch verstärkt das Herauswachsen aus Sucht und Kriminalität beobachtet wird. Der Begriff des „maturing out“ geht auf Winnick (1962) zurück. Er beschrieb auf der Grundlage kriminalstatistischer Daten, dass viele Drogenkonsumenten mit zunehmendem Alter diesen Konsum beenden, mit einem Gipfel bei etwa 30 Jahren. Man könnte es bei solchen Patienten als zentrale Aufgabe des § 64-Maßregelvollzugs ansehen, gerade dieses „Herauswachsen“ zu begleiten und zu unterstützen.

(5) Keine Hinweise auf ausgeprägte Hyperaktivität / Impulsivität in Kindheit und Jugend

Hinweise auf Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (DSM-IV) (bzw. einer „hyperkinetischen Störung“, ICD-10) wurden retrospektiv mithilfe des Fragebogens nach Miller & Blum (1996) erhoben. Die Bedeutung, die unseren Daten zufolge erhöhten Werten auf der Skala Hyperaktivität / Impulsivität zukommt, ist bemerkenswert. Der Befund spricht zum Einen für die Brauchbarkeit des Erhebungsverfahrens, und er entspricht zum anderen dem Stand des Wissens über Zusammenhänge zwischen ADHS bzw. HKS und Substanzmissbrauch. Während früher angenommen wurde, dass sich entsprechende Störungen des Kinder- und Jugendalters in der Adoleszenz „auswachsen“, geht man inzwischen in bis zu 50 % der Fälle von persistierenden Symptomen aus. Viele der Betroffenen entwickeln einen Substanzmissbrauch, wobei Nikotin eine große Rolle spielt. Darüber hinaus ist die Befundlage zu Zusammenhängen zwischen ADHS und illegalen Drogen etwas eindeutiger als die zu ADHS und Alkohol (Davids & Gastpar 2003). Eine schwere soziale Fehlanpassung („antisoziale Persönlichkeitsstörung“) findet sich gehäuft bei Männern, bei denen in Kindheit und Jugend neben einer ADHS auch eine „Störung des Sozialverhaltens“ (conduct disorder) festgestellt wurde (Hill 2003).

Für betroffene Kindern kann es - gerade in einem ungünstigen familiären und sozialen Milieu - ausgesprochen schwierig sein, in das gesellschaftliche Ordnungsgefüge hineinzuwachsen.

Sie erleben andauernde Konflikte mit ihrer Umgebung, haben weniger befriedigende Kontakte und Freundschaften mit anderen Kindern und Jugendlichen, fühlen sich von gewöhnlichen Peergruppen-Aktivitäten ausgeschlossen und haben geringeres Selbstvertrauen (Bagwell et al. 2001).

Es wird angenommen, dass für die hyperkinetischen Störungen genetische Ursachen eine bedeutende Rolle spielen (Heiser et al. 2003), wobei jedoch eine Vielzahl von Belastungsfaktoren untersucht und diskutiert wurden, die mit entsprechenden Beeinträchtigungen korreliert sind und zu ihrem Schweregrad bzw. ihren Auswirkungen beitragen: Suchtmittelkonsum der Eltern, niedriger sozioökonomischer Status, geringe soziale Kompetenz der Familie, Interaktionsstörungen im frühen Kindesalter u.ä.

Für hyperkinetische Störungen im Erwachsenenalter werden medikamentöse Behandlungsstrategien diskutiert, auch - wie bei Kindern - die Gabe von Psychostimulantien (Krause 2004). Die Datenlage zur Effektivität dieser Substanzen ist für Erwachsene jedoch wesentlich uneinheitlicher als für das Kindes- und Jugendalter (Sobanski & Alm 2004). Zudem gibt es keine ausreichenden Erkenntnisse zur Anwendbarkeit bei Suchtkranken (Davids & Gastpar 2003). Man könnte sich vorstellen, dass es für Süchtige schwierig ist, entsprechende Medikamente verordnungsgemäß einzusetzen.

Heßlinger et al. (2003) vertreten die Ansicht, dass eine alleinige medikamentöse Behandlung den Bedürfnissen erwachsener Patienten nicht gerecht wird, zumal bei ihnen nicht die Basis-symptome, sondern sekundäre psychosoziale Folgen und komorbide Störungen im Vordergrund stünden. Sie haben ein Gruppenprogramm für die Behandlung Erwachsener mit ADHS-Problematik vorgestellt, welches Elemente der Dialektischen Verhaltenstherapie (DBT, Linehan) aufgreift und der Therapie unter forensischen Rahmenbedingungen Impulse geben kann.

(6) Kein Heimaufenthalt im Kindes- oder Jugendalter

Eine Heimeinweisung ist natürlich, wenn sie wegen desolater familiärer Verhältnisse und/oder aufgrund massiver Verhaltensprobleme erfolgt, ein besonders wichtiger Indikator gravierender Risikofaktoren.

Gerade bei ehemaligen Heimkindern muss man auch von einem gewissen Risiko ausgehen, dass frühe Erfahrungen in Institutionen auf die heimähnliche Situation des Maßregelvollzugs übertragen werden. Wir finden bei solchen Patienten einen deutlichen Rückgang der therapiebezogenen Hoffnungen in den ersten Monaten der Unterbringung (Schalast 2000). Solche Patienten haben unserer Erfahrung nach ein ausgeprägtes Bedürfnis, die Kontrollmechanismen der Anstalt zu unterlaufen. Sie suchen die Lücken im System, um sich Reste von Autonomie gegenüber der Institution zu bewahren, fühlen sich schnell ungerecht behandelt und

mit ihren Bedürfnissen nicht wahrgenommen. So handelt es sich häufig um „anstrengende“ Patienten (Heimaufenthalt und Anger Rating Index sind hoch signifikant korreliert: $r = 0,25$, $p < 0,01$).

Dass „kein Heimaufenthalt“ ein protektiver Faktor ist, der ein positives Outcome der Maßnahme wahrscheinlicher macht, kann daher nicht verwundern.

(7) Aktuell nicht auffällig reizbar, impulsiv, „anstrengend“

Für die kurze Beurteilungsskala „Anger Rating Index“ (nach Novaco 1994) ergaben sich deutliche Zusammenhänge mit dem Ausgang der Unterbringung. Selbsteinschätzungen des Ärgerverhaltens und der Aggressionsverarbeitung waren im Vergleich dazu als Prädiktoren untauglich. Die von uns eingesetzte Kurz-Beurteilungsskala ist eigentlich ein ziemlich simples und verkürztes Verfahren zur Beurteilung einer bestimmten Seite des Aggressionsverhaltens eines Menschen. Aspekte unterdrückter oder auch sexualisierter Aggression werden damit nicht erfasst.

Die Skala operationalisiert vielleicht recht gut das, was als „aggressive Anspruchshaltung“ süchtiger Straftäter bezeichnet wird (Rauchfleisch 1991). Die deutlichsten Zusammenhänge finden sich für das Einzelitem „Der Patient braust schnell auf“. Patienten, für die dies tendenziell bejaht wird, haben eine ausgesprochen geringe Chance, zur Bewährung entlassen zu werden (Abbildung 9).

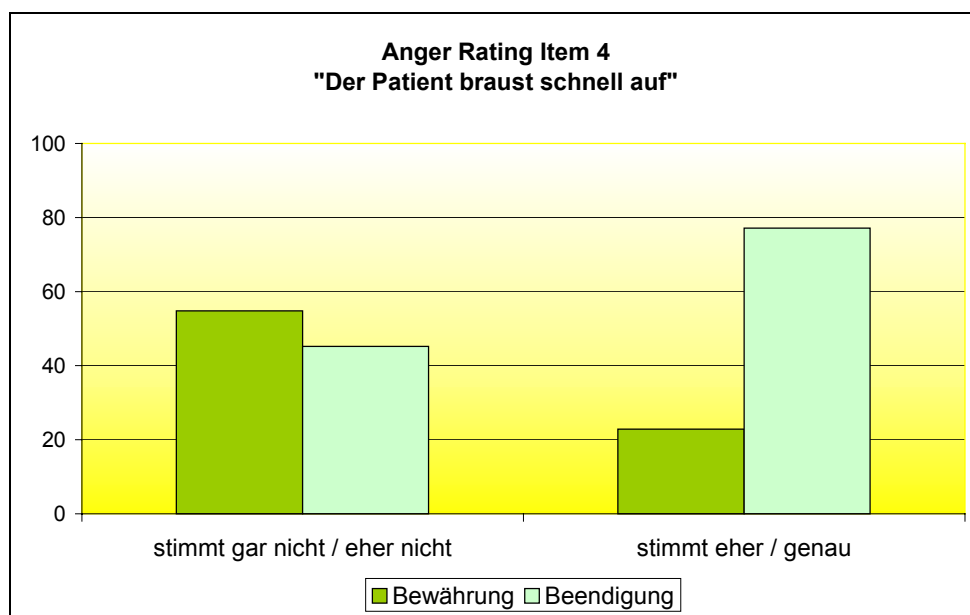


Abbildung 9: Einschätzung des Patienten auf Item 4 des Anger Rating Index und Outcome der Unterbringung.

Man fragt sich, ob hier einer gewissen Bravheit und Umgänglichkeit im Stationsalltag nicht zu viel Gewicht beigemessen wird. Es gibt schließlich Formen von Angepasstheit (etwa mancher Sexualstraftäter), die man als prognostisch keineswegs günstig einschätzen würde. Andererseits wird natürlich in einer reizbaren und mürrischen Haltung von Untergebrachten ein Kernproblem deutlich: Es fällt solchen Patienten schwer, die Bemühungen von Pflegekräften und Therapeuten überhaupt als Hilfestellung zu erleben. Sie entwickeln vielmehr rasch negative Übertragungen und leben mit der misstrauischen Befürchtung, dass ihre Bedürfnisse unbeachtet bleiben, wenn sie sich nicht permanent aggressiv behaupten.

Reglementierung und die Frustration einer „überzogenen Anspruchshaltung“ sind natürlich im Rahmen der stationären Behandlung notwendig bzw. unvermeidbar. Sie vermitteln jedoch an sich wenig Entwicklungsanreize, wenn die Zumutung von Grenzsetzungen nicht im Rahmen grundsätzlich unterstützender und wohlwollender Beziehungen erfolgt. Patienten lernen nicht, mit Frustrationen umzugehen, indem man sie frustriert, und sie lernen nicht, zu warten, indem man sie warten lässt. Es kommt sicher sehr darauf an, ob es überhaupt gelingt, Beziehungen zu den Patienten aufzubauen, in denen sie sich einigermaßen verstanden und ernstgenommen fühlen. Im Rahmen solcher Beziehungen dann in angemessener Weise mit Grenzen konfrontiert zu werden ist durchaus entwicklungsförderlich (vgl. Köhler 1978).

Es gibt Patienten, die den Aufbau unterstützender Beziehungen nicht möglich machen. Es scheint aber auch einzelne Stationen zu geben, auf denen man dies von der allgemeinen oder personellen Situation her kaum noch leisten kann oder will.

Die Patienten selbst haben ihre Erfahrungen in der Unterbringung im Stationserfahrungsbogen (SEB, Sammet & Schauenburg 1999) eingeschätzt, unter anderem die Qualität der einzeltherapeutischen Beziehung (vgl. S. 22). Zwischen dieser Einschätzung und der Beurteilung im Anger Rating Index (durch die Therapeuten) gibt es eine hochsignifikante Korrelation²⁰. Patienten, denen es gelingt, den therapeutischen Kontakt ansatzweise positiv zu erleben und etwas Vertrauen aufzubauen, werden von ihren Betreuungspersonen als umgänglicher und weniger aggressiv wahrgenommen.

Die Verantwortung dafür, dass eine zumindest in Ansätzen gedeihliche therapeutische Arbeitsbeziehung zustande kommt, kann nicht nur den Patienten zugeschrieben werden. Ein gewisses Bedürfnis, sich mit der Institution zu reiben und gegen Reglementierung zu protestieren, sollte man ihnen auch zubilligen, ja, kann Ausdruck gesunder Persönlichkeitsanteile sein. Wenn es dem Patienten jedoch gar nicht gelingt, eine aggressive, misstrauisch-drängende Anspruchshaltung allmählich abzubauen, wird wohl auch unter günstigen therapeutischen Rahmenbedingungen ein positives Behandlungsergebnis wenig wahrscheinlich.

²⁰ $r = 0,30$ $p < 0,001$

(9) Keine Einnahme psychotroper Medikamente

Während sich für anamnestische Hinweise auf zusätzlichen Drogenkonsum Zusammenhänge mit dem Outcome der Unterbringung nicht ergaben, war dies für die letzte Skala des Hamburger-Alkoholismus-Katalogs der Fall. Patienten, die angeben, zur Beruhigung und wegen Schlafproblemen auch Medikamente eingenommen zu haben, werden seltener zur Bewährung entlassen. Dabei hatten selbst die Autoren des Verfahrens (Schwoon & Schröter 1996) von einer Interpretation der Skala abgeraten, da Zusammenhänge mit anderen Merkmalen gering seien. Unsere Daten sprechen jedenfalls für ungünstigere Behandlungsaussichten, wenn die Alkoholproblematik durch die Einnahme von Tranquilizern und Schlafmitteln verkompliziert wird.

Die Merkmale von E-P 4

E-P 4 wird konstituiert durch die vier dichotomen Merkmale

- Nicht durchgängig arbeitslos im letzten Jahr in Freiheit;
- Erste abgeurteilte Gewalttat nicht vor dem 20. Lebensjahr;
- Keine Haftzeit(en) vor dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte;
- Aktuell nicht auffällig reizbar, impulsiv, „anstrengend“ (Anger Rating Index ≤ 8).

Eine gesonderte Diskussion dieser Merkmale ist nicht erforderlich, die entsprechenden Ausführungen unter E-P 9 können übernommen werden. In gewisser Weise erfassen die Items vier grundlegende Aspekte, in denen der Grad der Fehlanpassung der Patienten deutlich wird:

- Arbeit und Leistung: Hat der Patient außerhalb institutioneller Strukturen die Fähigkeit und Motivation erkennen lassen, einer regulären Arbeitstätigkeit nachzugehen?
- Gewaltverhalten: Gibt es ein durchgehendes und früh einsetzendes Muster von Gewalttätigkeit?
- Frühere Haft: Hatten die Anpassungsprobleme des Patienten bereits einschneidende Sanktionen zur Folge (ohne dass eine Verhaltensänderung resultierte)?
- Anger Rating Index: Werden auch im aktuellen Verhalten des Patienten aggressive Tendenzen und eine schlechte Verhaltenskontrolle deutlich?

Wir haben hervorgehoben, dass es sich bei E-P 9 und E-P 4 nicht um neue Instrumente der Kriminalprognose handelt. Es sind nur Auflistungen von Merkmalen, die gegenwärtig ein günstiges Outcome einer Unterbringung gemäß § 64 StGB wahrscheinlicher machen. Überschneidungen mit allgemeinen Befunden der Forschung zur Kriminalprognose sind jedoch unverkennbar.

Die Problematik des Behandlungsauftrags und der rechtlichen Rahmenbedingungen

Wie schon thematisiert hat es in den letzten 10 Jahren einen deutlichen Anstieg der Quote von Patienten gegeben, bei denen die Maßnahme wegen Aussichtslosigkeit beendet wird. Diese Entwicklung kann nicht, oder jedenfalls nicht primär, auf Veränderungen der untergebrachten Klientel zurückgeführt werden (vgl. S. 68). Vielmehr muss man davon ausgehen, dass eine Änderung des kriminalpolitischen Klimas und ein wachsender Druck, für einen total sicheren Maßregelvollzug zu sorgen, zu der Entwicklung wesentlich beigetragen haben. Eine Rolle spielen sicherlich auch die vermehrten Einweisungen, die Kapazitätsprobleme und Überbelegungen mit sich gebracht und die Situation der Kliniken zusätzlich erschwert haben. Auch das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26.01.1998 hat unserer Einschätzung nach in den § 64-Maßregelvollzug hineingewirkt. Mit diesem Gesetz wurden die Voraussetzungen einer Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung verschärft, die sogenannte „Erprobensklausel“ wurde durch eine „Erwartungsklausel“ ersetzt. Nach § 67d(2) StGB erfolgt die Aussetzung der Unterbringung nun, *„wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.“*

Die möglichen Auswirkungen des Gesetzes wurden in der Literatur vorwiegend für den Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB kontrovers diskutiert. Letztlich entspricht die Entwicklung den Einschätzungen von Nedopil (1998, 2002), der gravierende Veränderungen der Entlassungspraxis befürchtete. Die Erhöhung der Entlassungsschwelle hat zu den Kapazitätsproblemen in den forensischen Einrichtungen wohl beigetragen.

Die problematischen Auswirkungen auf den § 64-Maßregelvollzug hat man sich vielleicht noch nicht ausreichend bewusst gemacht. Untergebracht werden alkohol- oder drogenabhängige Täter mit meist erheblichen Delikten. Eine Voraussetzung der Unterbringung ist, dass wegen der Suchtproblematik weitere rechtswidrige Handlungen von einiger Erheblichkeit drohen. Das heißt, Kandidaten für die Entziehungsanstalt müssen hinreichend gefährlich sein, damit die Unterbringung verhältnismäßig ist. Die Gefährlichkeit dieser Menschen ist nicht einfach eine Folge ihrer Suchtprobleme. Wie im Einführungskapitel beschrieben, wirken eine lange zurückreichende Entwicklungsproblematik, Probleme im Bereich Verhaltenskontrolle, Impulsivität und Aggressivität in einer komplexen Weise zusammen. Die Problemengemelagen, mit denen wir bei den Untergebrachten konfrontiert sind, sind überaus komplex und in vielen Fällen erdrückend.

Gutachter sollen im Rahmen des Unterbringungsverfahrens aufklären, ob „eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, den Süchtigen zu heilen oder doch über eine gewisse Zeitspanne vor dem Rückfall in die akute Sucht zu bewahren“ (BVerfGE 91, 1). Sie sollen praktisch klären, bei welchen ausreichend gefährlichen Tätern die ungünstige Sozialprognose durch ein

bis zwei Jahre Therapie (unter problematischen Rahmenbedingungen) in eine sicher positive gewandelt werden kann. Dies ist eine Überforderung, und es scheint auch so, dass die Sachverständigen an dieser Aufgabe ziemlich regelhaft scheitern. Später scheitern dann die Patienten und mit ihnen ihre Therapeuten.

Ein negatives Outcome der Unterbringung gemäß § 64 StGB ist ja nunmehr so etwas wie der statistische Regelfall: deutlich mehr Patienten werden „beendet“ als zur Bewährung entlassen. Die in der Liste E-P 9 zusammengefassten Merkmale machen dieses Scheitern weniger wahrscheinlich. Dieser Befund ist im Grunde trivial: erreicht ein Patient eine hohe Punktzahl auf E-P 9, so bedeutet dies schlicht, dass er wenige der Risikofaktoren aufweist, die für suchtkranke Straftäter eigentlich typisch sind!

Ein günstiges Outcome erreichen am ehesten Patienten, bei denen kein verfestigter Zusammenhang zwischen Suchtproblemen und straffälligem Verhalten besteht. Diese Patienten kommen mit einer geringen strafrechtlichen Vorbelastung in die Unterbringung. (Wir fanden, dass Patienten mit Hafterfahrung vor dem Unterbringungsverfahren im Mittel 10, Patienten ohne diese Vorbelastung im Mittel 2 Einträge im Bundeszentralregister aufwiesen.) Man könnte die Frage stellen, ob solche Patienten formal eigentlich zu recht untergebracht werden, ob nämlich die Anordnung im Verhältnis zu den von ihnen ausgehenden Risiken steht.

Dass es in solchen Fällen zur Anordnung der Unterbringung kommt, ist leicht vollziehbar: Es handelt sich wohl häufig um Angeklagte, denen die Verfahrensbeteiligten in der Hauptverhandlung eher wohlgesonnen sind. Da man bei ihnen im Hinblick auf ihre Suchtprobleme einen Behandlungsbedarf sieht, erscheint die Unterbringung als sinnvolle und menschlichere Alternative zur ausschließlichen Haftverbüßung. Es soll auch gar nicht in Abrede gestellt werden, dass eine intensive Behandlung in solchen Fällen oft sinnvoll ist. Schließlich stellt das meist erhebliche Unterbringungsdelikt eine Zäsur in ihrem Leben dar, und es kann wichtig sein, einer weiteren Abwärtsentwicklung entgegenzuwirken.

Die eigentliche Zielklientel des § 64-Maßregelvollzugs sind jedoch die unter Suchtmittel Einfluss rezidivierend Straffälligen, die aufgrund ihres „Hangs“ gefährlichen Täter. Gerade bei ihnen läuft die Maßnahme fast regelhaft auf die Beendigung wegen Aussichtslosigkeit hinaus. Die mit dem StrÄndG vom 26.01.1998 erhöhte Schwelle für eine Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung definiert einen unrealistischen therapeutischen Arbeitsauftrag: Aus hinreichend gefährlichen Straffälligen mit Suchtproblemen sollen durch anderthalb Jahre Therapie unter schwierigen Rahmenbedingungen freundliche Mitbürger werden, von denen sicher keine rechtswidrigen Taten mehr zu befürchten sind.

Dies ist unrealistisch, weil durch psycho- und sozialtherapeutische Maßnahmen stets nur graduelle Änderungen erreicht werden. Wir können auf die von den Patienten ausgehenden Risiken auf vielen Ebenen Einfluss nehmen (vgl. Schalast 2002): zum Beispiel durch die Stärkung ihres Selbstwertgefühls, Unterstützung beruflicher und sozialer Kompetenzen und

die Stabilisierung einer Motivation, das Leben regelkonform zu führen. Metaanalysen zeigen, dass durch adäquate therapeutische Maßnahmen die von Straffälligen ausgehenden Rückfallgefahren um einen zweistelligen Prozentbetrag verringert werden (Hollin 1999). Die frühere Erfahrung im § 64-Maßregelvollzug hat unseres Erachtens auch gezeigt, dass die Quote der rasch delinquent Rückfälligen – im Vergleich zu Haftentlassenen mit vergleichbarem Risikoprofil – deutlich reduziert werden kann, auch wenn die Forschungsdaten, auf die wir uns bei dieser Aussage beziehen können, nur von begrenzter Aussagekraft sind (vgl. von der Haar 2002, Dessecker 1996).

Indem man von den Kliniken jedoch verlangt, aus gefährlichen Straftätern gänzlich ungefährliche zu machen und darüber hinaus im Behandlungsverlauf keinerlei Risiken einzugehen, würgt man notwendige therapeutischen Spielräume ab. Die von von der Haar (2003) regelmäßig vorgelegten Statistiken zur Praxis des § 64-Maßregelvollzugs belegen im Grunde eine beeindruckende Erfolgsbilanz in Bezug auf den Sicherungszweck der Unterbringung. Während es vor zehn Jahren im Durchschnitt zu mehr als einen Lockerungsmissbrauch pro Patienten und Jahr kam, konnte diese Quote auf weniger als ein Zehntel abgesenkt werden. Einen beeindruckenden Rückgang gibt es auch für die Häufigkeit von Suchtmittelrückfällen. Allerdings ist der Anteil der Patienten ohne unbegleitete Lockerungen von etwa 35 auf 50 % angestiegen, der Anteil der urlaubsberechtigten Patienten von knapp 30 % (1995: 37 %!) auf 15 % zurückgegangen.

Dass die Situation in den Kliniken auf diese Weise stabilisiert werden konnte und die Arbeit nicht mehr nur darin besteht, auf problematische Vorkommnisse zu reagieren, ist durchaus erfreulich. Spricht man jedoch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, so bringt eigentlich niemand zum Ausdruck, dass die auf diese Weise beruhigte Situation an therapeutischer Dynamik gewonnen hätte. Die Überbetonung des Sicherungsaspektes wird eher als lähmend erlebt.

Auch hat es in der öffentlichen Diskussion um den Maßregelvollzug keine Wende gegeben in dem Sinne, dass die Einrichtungen mit ihren hohen Sicherheitsstandards nun einen guten Rückhalt bei Medien und in der Bevölkerung hätten. Der Druck, jegliches Risiko von vorne herein auszuschließen, ist weiterhin hoch. Was an Vorkommnissen noch geblieben ist, wird viel strenger registriert und setzt die Kliniken viel stärker unter Druck als dies vor 10 oder 15 Jahren der Fall war.

Es gab immer einmal Phasen, in denen lokale Medien sich auf eine Einrichtung einschossen und mit Berichten über skandalöse Zustände das Sommerloch füllten. Aber in der Regel wurde über Entweichungen und Rückfälle von § 64-Patienten nicht viel Aufhebens gemacht. Gravierende Deliktrückfälle im Laufe von § 64-Unterbringungen waren auch ausgesprochen selten.

Im Hinblick auf den Sicherungszweck ist die Entwicklung der Entziehungsanstalten also sehr erfolgreich gewesen. Auf den Besserungszweck, den eigentlichen Arbeitsauftrag an die § 64-

Einrichtungen (Volckart 1999, S. 191), kann man diese Einschätzung nicht übertragen. Die Sicherheitszentrierung in der Arbeit der Kliniken hat Auswirkungen auf ihre therapeutische Gesamtbilanz. Nach dem von Andrews & Bonta (1994) formulierten Risikoprinzip wäre es eigentlich richtig, die stärkste therapeutische Energie auf diejenigen Patienten zu konzentrieren, von denen das größte Risiko ausgeht. Dies wären Patienten mit einer längeren dissozialen Vorgeschichte und einer ausgeprägten Tendenz zu Problemverhalten unter Suchteinfluss. „Give the most intensive programs to offenders who are at the highest risk of recidivism“ (MacKenzie in Sherman et al. 1999, Kap. 9).

Bei solchen Patienten würde man unter geeigneten Rahmenbedingungen versuchen, Problembewusstsein zu entwickeln (vgl. Fiedler 1995, Kap. 26), Ressourcen zu stärken und Rückfallrisiken zumindest zu reduzieren. Der Begriff der Heilung, wie er auch im Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 16.03.1994 auftaucht, ist hier deplaziert. Wie schon erwähnt erfolgt die Unterbringung vieler Patienten durchaus zu einem sinnvollen biographischen Zeitpunkt. Zwar wird bisweilen beklagt, dass viel frühere Unterbringungen notwendig wären, um chronisch-dissoziale Entwicklungen zu verhindern. Doch ist die Behandlung impulsiver junger Männer mit Suchtproblemen ebenfalls ausgesprochen schwierig, und es wäre auch und gerade bei jüngeren Patienten mit einer erheblichen Zahl schwieriger Verläufe zu rechnen.

Die eigentlich sinnvolle therapeutische Aufgabe des § 64-Maßregelvollzugs könnte man darin sehen, Menschen mit einer schwierigen Vorgeschichte bei einer Neuorientierung und dem Herauswachsen aus der Dissozialität zu unterstützen. Ein Etikett wie „Dissozialität“ sollte kein Anlass sein, einem Patienten diese Unterstützung zu verweigern.

Manchmal findet man im biographischen Längsschnitt solcher Menschen zunächst deutlich dissoziale Tendenzen und eine dann zunehmende Suchtproblematik. In solchen Fällen sind es oft gerade die Suchtprobleme, die zu einer Chronifizierung der sozialen Anpassungsprobleme führen und eine Stabilisierung, ein Herauswachsen aus der sozialen Randständigkeit verhindern (für i.e.S. Drogenabhängige beschreibt dies König 2003).

Persönlichkeitsstörungen gelten zwar definitionsgemäß als stabil, doch sind auch sie nur relativ stabil. Die Prävalenz dissozialer oder antisozialer Persönlichkeitsstörungen geht mit dem Lebensalter zurück, und dies geht im Einzelfall mit einer Verhaltensstabilisierung und günstigen Veränderungen in der allgemeinen Lebensführung einher (Fiedler 1995, S. 200). Selbst die Feststellung einer „Psychopathy“ im Sinne von Hare darf nicht mit einem lebenslang hohen Gefährlichkeitspotential gleichgesetzt werden. Jenseits des 40. Lebensjahres findet man bei diesen Persönlichkeiten ein „Ausbrennen“ oder „Herauswachsen“ wie bei anderen Straffälligen auch (vgl. Edens et al. 2004).

Diese Zielgruppe einer Behandlung gemäß § 64 StGB wird durch die gegenwärtige Praxis des Maßregelvollzugs eher zusätzlich demotiviert und verbittert. Dabei erfolgt oft nur eine unsin

nige Verschiebung von Risiken, um äußerem Druck gerecht zu werden. Den Patienten wird gleichsam amtlich bescheinigt, dass es sich bei ihnen um hoffnungslose Fälle handelt. Sie werden zumeist für überschaubare Resthaftzeiten im Strafvollzug zwischengelagert und dann schlecht vorbereitet in die Freiheit entlassen.

Die Kliniken können kaum anders verfahren, so lange sie sich für jedes belanglose Vorkommnis rechtfertigen müssen, wegen jeder folgenlosen Entweichung in die Schlagzeilen geraten. Zu den Kernproblemen der Patienten gehören Labilität und Impulsivität. Mit praktisch jeder Lockerung nimmt man Restrisiken in Kauf. Die Patienten über sehr lange Zeiträume unter gesicherten Bedingungen zu behandeln ist eigentlich nicht sinnvoll. Man schottet sie künstlich von Problemen und Gefährdungen ab, schafft ein Vakuum, in dem sie sich stabil und selbstbewusst fühlen. In der für Suchtpatienten typischen Weise kommt es zu einem Abfall der Behandlungsmotivation (Petry 1996). Die früher häufigeren Vorkommnisse – Rückfälle und Entweichungen – waren natürlich problematisch, stellten jedoch oft auch einen Input für die Therapie dar.

Wenn man die Unterbringungszeiten für die Fälle, in denen eine Beendigung wegen Aussichtslosigkeit erfolgt, verkürzen will, sind sehr lange Behandlungszeiten unter gesicherten Bedingungen ebenfalls nicht sinnvoll. Vielmehr sollte man den Patienten - nach einer entsprechen Stabilisierungs- und Motivationsphase von zum Beispiel einem halben Jahr - durchaus die Möglichkeit geben, zu versagen. Dies kann in manchen Fällen Behandlungsnotwendigkeiten deutlich machen und in anderen Fällen nachvollziehbare Gründe liefern, die Maßnahme zu beenden.

Denn dass es, jedenfalls unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen, eine substantielle Teilgruppe geben wird, bei denen die Beendigung unvermeidbar ist, steht außer Frage. Man sollte sich jedoch bemühen, diese Gruppe wieder zu verkleinern. Die Feststellung von Aussichtslosigkeit darf in einer Behandlung nicht der statistische Regelfall sein. Auf der Basis einer Clusteranalyse haben wir eine Teilgruppe von gut einem Drittel der Patienten mit besonders ungünstigen Voraussetzungen beschrieben (siehe S. 63). Eine niedrigere Quote von Beendigungen dürfte unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen nur schwer zu erreichen sein.

Die Patienten sollten jedenfalls den Eindruck haben, dass die Klinikbediensteten mit ihnen nach Lösungen suchen und dass ihnen an einem positiven Outcome gelegen ist. Wenn den Patienten dies nicht aktiv vermittelt wird, ist mit sehr negativen Übertragungen und entsprechenden Auswirkungen auf das therapeutische Klima insgesamt zu rechnen.

In Stellungnahmen und gegenüber den Justizbehörden sollten die Kliniken offensiv vertreten, worin die Grenzen von Behandlung im Maßregelvollzug bestehen²¹. Entziehungsanstalten sind keine Selektionsanstalten. Es geht nicht darum, die Patienten auszuwählen, die man heilen kann (die gibt es nicht), sondern darum, insgesamt zu pragmatischen Lösungen und Entscheidungen zu kommen, die in der Gesamtbilanz Risiken mindern.

Dies soll noch an zwei Beispielen erläutert werden.

Fall 1: Das Institut für Forensische Psychiatrie hatte vor zwei Jahren die Aufgabe, die Lockerungssituationen in den Maßregleinrichtungen eines Bundeslandes zu prüfen. In diesem Rahmen sahen wir einen knapp 50-jährigen, deutlich vorgealterten Patienten, der sich seit anderthalb Jahren in der Unterbringung gemäß § 64 StGB befand. Auf der Station hatte man ihn als einen insgesamt ruhigen, zurückhaltenden Patienten erlebt, der allerdings einmal Alkohol konsumiert hatte und dann anderen Patienten gegenüber sehr aggressiv aufgetreten war. Zum Unterbringungsdelikt des Patienten war es gekommen, nachdem er aus einem „Nicht-trinker-Wohnheim“ disziplinarisch entlassen worden war und in ein „Trinkerobdachlosenheim“ umziehen musste. Im Laufe des betreffenden Tages trank er aus Frust und Wut mit einer Mitbewohnerin drei Flaschen Schnaps und zertrümmerte abends einen Teil seiner Zimmereinrichtung. Als die Mittrinkerin nach ihm schaute und einschreiten wollte, warf er ein Messer nach ihr, wodurch sie am Oberarm verletzt wurde. Die herbeigerufene Polizei bedrohte er ebenfalls mit einem Messer.

Obwohl noch drei Stunden nach seiner Festnahme eine BAK von über 3 Promille festgestellt wurde, kam das erkennende Amtsgericht nur zur Feststellung verminderter Schuldfähigkeit und verurteilte ihn - neben der Anordnung der Unterbringung - wegen Körperverletzung, Sachbeschädigung und Widerstands gegen die Staatsgewalt zu 14 Monaten Freiheitsstrafe. Der Patient war vorbestraft wegen räuberischer Erpressung im minderschweren Fall, Widerstandsleistung, Missbrauchs von Notrufen und Sachbeschädigung. Er hatte schon zu DDR-Zeiten etliche Jahre Haft verbüßt, unter anderem wegen Diebstahls, Körperverletzung, Republikflucht, Asozialität und Meldepflichtverletzung.

Aufgrund seiner schweren Alkoholabhängigkeit war er körperlich krank, litt an Pankreatitis, Polyneuropathie und einem ausgeprägten Diabetes. Schon aus gesundheitlichen Gründen sah er für sich zur Alkoholabstinenz keine Alternative. Zum Sozialarbeiter der Einrichtung und einigen Teammitgliedern hatte er einen guten Kontakt, doch verspürte er einen Widerwillen gegen die ihm angebotenen Therapiegespräche, an denen er sich nicht beteiligte. Patient wie auch Sozialarbeiter berichteten, dass man im Kontakt mit einer früheren Fürsorgerin im Heimatort stehe und nach einer Wohnlösung suche. Doch werde man diese Überlegungen nicht weiterverfolgen können. Die Chefin habe nämlich entschieden, dass der Patient „beendet“ werde, weil er ja in der Therapie nicht mitmache. Der Patient rechnete nun damit, für einen Strafstrest von vier Monaten ins Gefängnis zu kommen.

Unseres Erachtens ist dies ein Beispiel für ein rigides, vom forensischen Kontext geprägtes und unpragmatisches Vorgehen, welches der Problemlage nicht gerecht wurde. Beim ansonsten kooperativen Patienten die

²¹ Bemerkenswerterweise findet sich eine realistische Zielbeschreibung für die Unterbringung gemäß § 64 StGB in einem Beschluss des Bundesgerichtshofs: Danach ist eine Voraussetzung für die Unterbringung die Aussicht, dass das Ausmaß der Gefährlichkeit des Täters nach Frequenz und krimineller Intensität der von ihm zu befürchtenden Straftaten deutlich herabgesetzt wird (4 StR 230/02; vgl. Dettner in NSTZ 2003, 139). Das ist weit entfernt von der Erwartungsklausel in der gültigen Fassung von § 67d(2) StGB, die eine Ausset-

Unterwerfung unter Behandlungsrituale zu fordern war therapeutisch eigentlich nicht zu begründen. Für seine Sozialprognose waren fünf oder zehn Gespräche mehr oder weniger belanglos. Die Zwischenlagerung des Patienten im Gefängnis war unsinnig, erhöhte nur Kosten und Risiken, weil der Freiheitsentzug sich insgesamt verlängerte und die Entlassung schlechter vorbereitet erfolgte. Man könnte noch darüber spekulieren, welche Fehler in der therapeutischen Gesprächsführung gemacht wurden. Dass es ein Patient im Zweifelsfall vorzieht, ins Gefängnis zu gehen, gibt ja durchaus zu denken. Für einen Menschen mit einer desolaten Biographie kann es schwer erträglich sein, wenn Therapeuten meinen, konfrontativ und aufdeckend intervenieren zu müssen. Mit etwas Flexibilität und Augenmaß hätte man diesen vom Leben gebeutelten Menschen mit guten Wünschen in eine nachbetreuende Einrichtung begleitet und entlassen.

Fall 2: Auch beim zweiten Fallbeispiel, einem bei der Entlassung aus der Unterbringung 38-jährigen Patienten, gab es eine lange forensische Vorgeschichte. Er hatte zwar in der Jugend eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker absolviert, war im Anschluss daran jedoch ins kriminelle Milieu abgeglitten und hatte mehrere Haftstrafen verbüßt. Die Anordnung der Unterbringung erfolgte nach versuchtem Totschlag. Er hatte unter starkem Alkoholeinfluss, aus ihm im Nachhinein unerfindlichen Gründen, einen Zechkumpan niedergestochen und beinahe tödlich verletzt. Neben der Unterbringung hatte das Schwurgericht wegen vorsätzlichen Vollrausches eine Freiheitsstrafe von dreieinhalb Jahren ausgesprochen. Während der zweijährigen stationären Behandlung gemäß § 64 StGB kam es bis auf einen Alkoholrückfall zu keinen gravierenden Regelverstößen. Auch dieser Patient wirkte gelegentlich ausgesprochen trotzig, jedoch auch recht absprachefähig, und wurde von der Klinik zur Vorbereitung einer Entlassung zur Bewährung langfristig aus der Maßnahme dauerbeurlaubt. Diese Beurlaubung wurde wegen des Verdachts erneuten Alkoholkonsums einmal unterbrochen und der Patient zu einer zweiwöchigen „Krisenintervention“ in die Klinik zurückbeordert. Die Dauerbeurlaubung wurde dann jedoch fortgesetzt, bis das Ende der Höchstunterbringungsdauer erreicht war. Der Patient absolvierte in dieser Zeit erfolgreich eine dreimonatige Maßnahme im Bereich Straßenbau und Pflasterung und erhielt dann eine auf zunächst ein Jahr befristete Anstellung beim Straßen- und Bauamt des Wohnortes. Er lebte zunächst betreut in einer Wohngruppe für Haftentlassene und bezog dann eine Wohnung gemeinsam mit einer neuen Partnerin, die er auch heiratete. Weiterhin suchte er im Rahmen einer Absprache mit der beurlaubenden Klinik regelmäßig den Erstautor dieses Berichtes zu Nachsorgegesprächen auf.

Als die Höchstfrist der Unterbringung nahte, war über die Aussetzung eines gut einjährigen Strafrestes zu entscheiden. Im Hinblick darauf holte die zuständige Strafvollstreckungskammer bei einem Rechtspsychologen ein prognostisches Gutachten zu der Frage ein, „ob keine Gefahr mehr besteht, dass die durch den vorsätzlichen Vollrausch zu Tage getretene Gefährlichkeit fortbesteht.“ Dieser Gutachter trug sorgfältig Daten zur Vorgeschichte und zum Verlauf der Unterbringung zusammen und kam zu der Einschätzung, „dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für erneute Straftaten“ spreche. Dabei brachte er selbst die Sorge zum Ausdruck, „dass die bisherigen Anstrengungen des Probanden durch die Fortdauer von Haft zunichte gemacht“ würden. Die Höhe der Rückfallgefahr wurde vom Gutachter sogar statistisch kalkuliert, und zwar bezugnehmend auf eine grafische Darstellung von Manfred Amelang²² aus dem Jahre 1986, in der generelle Rückfallrisiken in Abhängigkeit von der Zahl schwerer Vorverurteilungen veranschaulicht werden.

zung der Unterbringung zur Bewährung erst ermöglicht, „wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des MRV keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“.

²² Amelang M (1986) Sozialabweichendes Verhalten – Entstehung, Verbreitung, Verhinderung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 191 ff.

Auch in diesem Fall wurde eine Verfahrensweise empfohlen, die nicht daran orientiert war, die vom Patienten ausgehenden Risiken zu minimieren. Das vorgeschlagene Vorgehen hätte den Patienten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erneut entwurzelt und verbittert. Er hatte sich anderthalb Jahre in Haft (einschließlich eines widerrufenen Strafrestes), zwei Jahre in der Unterbringung und ein Jahr in einer eng begleiteten Dauerbeurlaubung befunden. Seinen Stabilisierungsprozess aufgrund abstrakter Überlegungen zu seiner Rückfallgefährdung zu unterbrechen war unsinnig. Das Landgericht setzte entgegen der gutachterlichen Einschätzung zur Bewährung aus. Der Patient hat inzwischen die angeordnete dreijährige Führungsaufsicht erfolgreich hinter sich gebracht (wobei es durchaus kritische Phasen gab, in denen er vom Bewährungswiderruf nicht ganz weit entfernt war). Er steht noch heute im Kontakt mit dem Erstverfasser, hat vielfältige Alltagsprobleme und ist dabei durchgängig sehr bemüht, nicht erneut straffällig zu werden.

Die beiden Beispiele sollen deutlich machen, dass man sich in der Arbeit mit diesen schwierigen Patienten eine gewisse Flexibilität erhalten und im Einzelfall zu pragmatischen Lösungen kommen muss. Man sollte immer überlegen, wie man Risiken minimieren kann und wie man den Patienten nicht unnötig schadet. Schwierige und prognostisch ungünstige Patienten profitieren von der Anordnung der Maßnahme derzeit so gut wie nie. Der große Druck, unter dem die Kliniken stehen, spiegelt sich bisweilen wider in einem starren Handling des Einzelfalls, mit dem man dem therapeutischen Auftrag nicht gerecht wird.

Ergänzende Anmerkungen zu drogenabhängigen Tätern

Die hier dargestellte Untersuchung hat sich auf Patienten beschränkt, bei denen eine Alkoholabhängigkeit im Vordergrund steht. Diese Beschränkung hatte mehrere Gründe. Zum einen wurde Mitte der 90er Jahre erwartet, dass die Inanspruchnahme der Entziehungsanstalt für Drogentäter eher zurückgehen würde, weil alternative strafrechtliche Bestimmungen im Betäubungsmittelrecht zur Verfügung stehen, um sie zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung anzuhalten. Zum zweiten haben die Zusammenhänge zwischen Suchtverhalten und Kriminalität bei Tätern mit Alkoholproblematik einen anderen Charakter als bei solchen, die eine Abhängigkeit von illegalen Drogen entwickeln.

Drogenmissbrauch und –abhängigkeit sind eingebettet in eine Vielzahl devianter und delinquenter Verhaltensbereitschaften (Küfner et al. 1999). Von der Vorstellung, dass eine Mehrzahl der Drogentäter in direkter Weise infolge ihrer Suchtprobleme straffällig werde, hat man sich lange verabschiedet. Rautenberg (1998) kommt zu dem Ergebnis, dass die Bereitschaft zu Straftaten und die Neigung zum Konsum illegaler Drogen Ausdruck eines sozial devianten Lebensstils darstellen und auf ähnliche Ursachen und Risikofaktoren zurückzuführen sind. Alkoholmissbrauch ist dagegen ein ubiquitäres Phänomen und nicht unmittelbar (sehr wohl aber bei der in diesem Bericht betrachteten Risikogruppe) mit sozial deviantem Verhalten verknüpft. Nicht nur wegen der realen Zunahme der Unterbringung drogenabhängiger Patienten wäre es wohl durchaus sinnvoll gewesen, diese einzubeziehen. Hinsichtlich der Bedin

gungen und Risikofaktoren, die zum Missbrauch illegaler Drogen und zu Gewalttätigkeit unter Alkoholeinfluss beitragen, gibt es zumindest deutliche Überschneidungen.

Die Erkenntnisse zu den Hintergründen von Drogenabhängigkeit lassen bei den im § 64-Maßregelvollzug untergebrachten Drogentätern erhebliche Probleme im Sinne allgemeiner Dissozialität erwarten. Wer immer noch der Vorstellung anhängt, nur Patienten seien richtig in den Entziehungsanstalten, deren Delinquenz eindeutig eine Folge ihrer Suchtprobleme darstellt, muss die meisten Drogentäter als fehluntergebracht ansehen. Die Anforderungen an die „Symptomatizität“ der Straftaten, die dem Gesetzgeber beim Rechtsinstitut der Unterbringung in der Entziehungsanstalt vorschwebt(e), wird den Verhältnissen in der sozialen Wirklichkeit nicht gerecht.

Tatsächlich erfolgt auch bei drogenabhängigen Tätern häufig eine Beendigung der Behandlung wegen Aussichtslosigkeit, in NRW wohl noch häufiger als bei alkoholabhängigen (in einer großen Klinik in über 70 % der Fälle!!). Dies sollte man nicht nur mit den Persönlichkeitsstörungen der Patienten und ihren dissozialen Neigungen erklären, und erst recht sollte man die therapeutischen Rahmenbedingungen nicht völlig ausblenden. Ein gewichtiger Faktor ist darüber hinaus die enorme süchtige Bindung, die im Laufe einer Abhängigkeitskarriere von Opiaten und anderen illegalen Drogen entsteht. Auch bei Patienten, die längere Zeit im Rahmen der stationären Behandlung kooperiert und konstruktive Ziele verfolgt haben, kann die Konfrontation mit Schlüsselreizen in Versuchungssituationen schnell wieder zu einem ausgeprägten Drogenverlangen (craving) führen, das mit einer hohen Rückfallgefährdung einher geht (Carter & Tiffany 1999). Die existentielle Heftigkeit dieses Drogenverlangens können sich Nichtabhängige vermutlich kaum vorstellen. Es erfordert erhebliche innere und äußere Ressourcen, um ihm widerstehen zu können. Schon Raschke & Schliehe (1985, 124) kamen bei der Evaluation der Arbeit einer Therapieeinrichtung für jüngere Drogenabhängige in NRW zu dem Schluss: „Damit die Therapie hilft, dürfen die mitgebrachten Problem- und Sozialisationsdefizite nicht zu groß sein.“

Betrachtet man das Feld der freien Behandlung Drogenabhängiger, so ist die abstinenzorientierte Behandlung eigentlich nicht mehr die erste Option. Zumindest quantitativ haben Substitutionsbehandlungen eine größere Bedeutung, und für ihren Nutzen und Erfolg gibt es eine Fülle wissenschaftlicher Belege (Reuter & Küfner 2002). Für die stationäre Drogentherapie kritisiert Uhl (2002) das dogmatische Festhalten am Abstinenzprinzip. Zu einem bestimmten Zeitpunkt seien weniger als fünf Prozent der Opiatabhängigen motiviert und in der Lage, das Ziel Drogenabstinenz in einer Therapie anzustreben; von denen, die es versuchen, brächen viele die Therapie vorzeitig ab. Doch gibt es Bewegung in der Therapielandschaft: in

einer Reihe von Einrichtungen werden bereits substitutionsgestützte stationäre Rehabilitationsangebote gemacht²³.

In der Praxis des § 64-Maßregelvollzugs begegnet man drogenabhängigen Patienten mit erschreckend geringen persönlichen Ressourcen und einem weitgehenden Sozialversagen in der Vorgeschichte, die nicht unbedingt hochkriminell erscheinen, aber labil, unreif und unrealistisch hinsichtlich ihrer zukünftigen Perspektiven. Bei einigen hat man nach einer halbstündigen Erstexploration das sichere Gefühl, dass völlige Abstinenz für sie mittelfristig keine realisierbare Perspektive darstellt. An solche Patienten denken wir, wenn wir die Einbeziehung medikationsgestützter Behandlungs- oder Rehabilitationsstrategien in die forensische Suchtarbeit zur Diskussion stellen.

Dabei empfehlen wir allerdings ein klar strukturiertes Vorgehen: Die Bedingungen des Maßregelvollzugs erlauben es zunächst, die Behandlung jedes Patienten auf Abstinenzbasis zu beginnen. Dies erscheint auch in fast jedem Einzelfall sinnvoll. Nur auf der Basis von Abstinenz können der Patient selbst und Behandler die Ich-strukturellen Eigenarten und Schwierigkeiten des Patienten sozusagen ungedämpft und ungefiltert erleben. Seine interaktionellen Probleme werden erfahrbare und können in der Behandlung aufgegriffen werden. Natürlich sollte in dieser Zeit auch geklärt werden, ob in dem Patienten überhaupt eine Bereitschaft geweckt werden kann, ein relativ „langweiliges“ sozial angepasstes Leben zu führen. Falls man hierfür aktuell kaum Chancen sieht, liegt natürlich eine Beendigung gemäß § 67d(5) StGB nahe.

Nach etwa einem halben Jahr Basisbehandlung auf der Grundlage von Abstinenz sollte über realistische Ziele und Optionen für das weitere Vorgehen gemeinsam beratschlagt werden. Wenn Abstinenzorientierung für einen Patienten eine offensichtliche Überforderung darstellt, könnte über medikamentöse Hilfen nachgedacht werden. Viele Patienten werden sich nach erfolgreicher halbjähriger Abstinenz vermutlich selbst für eine weitere abstinenzorientierte Behandlung entscheiden. Bei ihnen sollte diese Behandlungsform in aller Regel auch weiterverfolgt werden. Falls es zu Rückfällen und Krisen kommt, etwa im Rahmen einer Beurlaubung zur Entlassungsvorbereitung, kann über das weitere Vorgehen unter Einbeziehung des Patienten neu verhandelt werden.

Dieser Bericht ist nicht der Ort, die Praxis der Substitutionsbehandlung ausführlicher darzustellen (siehe z.B. Havemann-Reinecke et al. 2004, Klausen & Gözl 2004). Wir empfehlen,

²³ In Hohehorst bei Bremen, Release in Ascheberg, Briese bei Berlin und in den Kliniken Wied, so Joachim Köhler von der BfA Berlin in der Anmerkung zu einem Behandlungsleitlinienentwurf.

dass sich in Maßregeleinrichtungen, die Drogenabhängige betreuen, einzelne Ärzte entsprechend den Anforderungen der Ärztekammern suchtmmedizinisch qualifizieren²⁴.

Erwähnen möchten wir allerdings eine Alternative zur Substitution, die gerade unter strukturierten Rahmenbedingungen wie denen des Maßregelvollzugs vielversprechend erscheint. Gemeint ist die Gabe des Opiatantagonisten²⁵ Naltrexon (Kiefer 2004). Die Substanz ist in Deutschland zugelassen zur medikamentösen Unterstützung einer psychotherapeutisch geführten Entwöhnungsbehandlung Opiatabhängiger nach erfolgter Entgiftung. Diese Substanz hat selbst keine psychotropen Effekte und kein Suchtpotential. Die Einnahme führt einfach dazu, dass Opiate nicht mehr berauschen. Damit stellt Naltrexon für Drogenabhängige eine eher unattraktive Alternative zu einer Substitution dar. Entsprechend hat sich auch gezeigt, dass die Haltequote einer alleinigen Naltrexon-Behandlung, im Vergleich etwa zum Methadon, gering ist. So unterschieden sich in der Doppelblind-Studie von Bradford et al. (1975) die mit Naltrexon Behandelten nach neun Monaten nicht mehr von einer Placebo-Gruppe. Anders sind die Ergebnisse jedoch, wenn Naltrexon im Rahmen strukturierter (Nachsorge-) Programme eingesetzt wird. Hier werden die Abstinenzquoten zum Teil deutlich positiv beeinflusst (Farren 1997). Dabei hat Naltrexon gegenüber einer Substitution Vorteile: Eine tägliche Einnahme ist nicht erforderlich; eine „Diversion“ (Umlenkung des Mittels auf den Drogenmarkt) macht anders als bei Methadon keinen Sinn; die Verträglichkeit ist im Allgemeinen gut; Naltrexon ist keine Suchtdroge.

Kirchmayer et al. (2001) fanden in einer Metaanalyse einen signifikanten Effekt für Verhaltenstherapie mit vs. ohne Naltrexon dahingehend, dass die Naltrexongruppe eine geringere Reinhaftierungsquote aufwies. Es liegen auch Erfahrungen mit Naltrexon-Implantaten vor, die noch nicht abschließend bewertet werden können (Degner & Poser 2002).

Wir halten Naltrexon für ein geeignetes Mittel, drogenabhängige Patienten in der Rehabilitationsphase medikamentös zu unterstützen. Die Substanz ist nur interessant für Patienten, die tatsächlich eine Absicherung ihrer Abstinenzhaltung wünschen. Sie hat den zusätzlichen Effekt, dass selbst im Falle eines Rückfalls mit Opiaten die Auffrischung des Suchtgedächtnisses nicht erfolgt, eben weil die spezifisch berauschende Wirkung der Droge ausbleibt. Natürlich kann die Gabe von Naltrexon Rückfälligkeit nicht sicher verhindern, da die Substanz ja nicht gegenüber jeder Rauschmittelwirkung immunisiert. Sie kann in Patienten jedoch durchaus die Zuversicht stärken, Versuchungssituationen bewältigen zu können. Angemerkt

²⁴ Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV in der Fassung vom 1.12.03) sieht vor, dass Ärzte, die Substitutionsmittel verschreiben, Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen, die von den Ärztekammern festgelegt werden (§ 5 Abs. 2 Punkt 6 BtMVV).

²⁵ Bei Substitutionsmitteln handelt es sich um Opiatagonisten. Sie haben ähnliche Wirkungen wie Opiate, allerdings eine viel flachere Pharmakokinetik als zum Beispiel Heroin, und verdrängen letzteres von den Rezeptoren. Naltrexon blockiert die Opiatrezeptoren noch effektiver, ohne jedoch zu sedieren oder zu euphorisieren.

sei allerdings auch, dass die Vermarktung der seit Jahrzehnten verfügbaren Wirksubstanz als Nemexin® noch immer zu einem schwer nachvollziehbar hohen Preis erfolgt.

Bei drogenabhängigen Patienten, die in der Eingangsphase der Maßregelbehandlung eine Bereitschaft zur Mitarbeit gezeigt haben, sollte man die Optionen einer medikamentösen Unterstützung oder einer Substitution im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung nicht gänzlich ausklammern. Wir sehen Grund zu der Hoffnung, dass eine so flexibilisierte Behandlungsstrategie viel Druck von den Beteiligten nimmt, die Rate der „Therapieversager“ mindert und die Effektivität der Maßnahme insgesamt erhöht.

Anmerkungen zu aktuellen gesetzgeberischen Initiativen

Da die gesetzlichen Rahmenbedingungen die Praxis der therapeutischen Arbeit in der Entziehungsanstalt entscheidend mitbestimmen, machen wir im Folgenden zu den gesetzgeberischen Reformbestrebungen einige Anmerkungen. Eine ausführlichere Darstellung findet sich bei Schallast et al. (in Vorb.).

Aktuell liegen ein noch unveröffentlichter Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums (datiert vom 19.05.04) und ein Gesetzentwurf des Bundesrates (BT-Drs. 15/3652) vor, der auf einen Antrag der Länder Bayern und Sachsen-Anhalt zurückgeht. Beide Entwürfe sind bemüht, dem Regelungsauftrag zu entsprechen, den das Bundesverfassungsgericht mit seinem Beschluss vom 16.03.1994 erteilt hat (BVerfGE 91, 1). Das höchste Gericht hatte einige bis dahin geltende Bestimmungen zur Unterbringung gemäß § 64 StGB aufgehoben und im Leitsatz des Beschlusses sowohl Anordnung als auch Vollzug (Fortdauer) der Unterbringung an die Voraussetzung geknüpft, „dass eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die süchtige Person zu heilen oder doch über eine gewisse Zeitspanne vor dem Rückfall in die akute Sucht zu bewahren“.

Voraussetzung der Unterbringung

Die beiden Gesetzentwürfe unterscheiden sich nur graduell dahingehend, wie die „hinreichend konkreten Aussichten“ auf einen Behandlungserfolg in einer neuen Fassung des § 64 StGB umschrieben werden. So heißt es im Entwurf der Justizministeriums (§ 64 Satz 2): *„Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die untergebrachte Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine nicht unerhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.“*

Dezente Unterschiede weisen die beiden Vorschläge hinsichtlich der erforderlichen Zeitdimension eines Behandlungserfolges auf (Bundesregierung: eine nicht unerhebliche Zeit, Länder: eine erhebliche Zeit). Möglicherweise sind kritische Anmerkungen (Schalast & Leygraf 1999) zur bescheidenen Vorgabe des Bundesverfassungsgerichtes („für eine gewisse Zeitspanne“) hier nicht ganz unbeachtet geblieben. Wie im gleichen Beitrag allerdings auch angemerkt, ist es für die Praxis der Anordnung von Unterbringungen wohl weitgehend belanglos, wie die Voraussetzungen in Bezug auf die Behandlungsaussichten definiert werden. Das Bundesverfassungsgericht hatte die Schwelle gegenüber der zuvor bestehenden Regelung im Beschluss vom 16.03.1994 erheblich anheben wollen (statt „nicht von vorne herein aussichtslos“ heißt es jetzt „hinreichend konkrete Aussicht eines Behandlungserfolges“). Diese doch eigentlich deutliche Vorgabe hat sich in der Rechtsprechungspraxis als wirkungslos erwiesen. Die Unterbringungsquoten sind seit 1994 erheblich angestiegen.

Hierzu hat wohl auch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs beigetragen, der mit manchen Entscheidungen die objektiven Möglichkeiten sozial- und sucht therapeutischer Behandlung überfordert hat. So liefern nach Einschätzung des BGH fehlende Kenntnisse der deutschen Sprache, fehlende Behandlungsbereitschaft zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung, die spätere Ausweisung eines ausländischen Täters oder auch eine erhöhte Fluchtgefahr für den Fall der Gewährung von Lockerungen (also eine erhöhte Tendenz, sich der Therapie bei jeder sich bietenden Gelegenheit zu entziehen) keinen Anlass, die hinreichend konkrete Aussicht eines Behandlungserfolges grundsätzlich zu verneinen (BGH bei Detter, NSTZ 2002, 137; BGH, NSTZ 2003, 139).

Der Entwurf des Bundesrates zieht aus dieser Problematik die unseres Erachtens angemessene Konsequenz: er konzipiert § 64 StGB als eine Soll-Vorschrift. Damit wird dem Tatrichter ein Spielraum eingeräumt, die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen. Unterbringungsanordnungen könnten sich stärker an den Voraussetzungen des einzelnen Beschuldigten hinsichtlich Therapiebedürftigkeit und –bereitschaft sowie Behandlungsaussichten orientieren und auch die realen Möglichkeiten einer Behandlung unter forensischen Rahmenbedingungen stärker berücksichtigen. So könnte zum Beispiel die Anordnung der Unterbringung eines drogenabhängigen Täters unterbleiben, wenn eine Behandlung im Rahmen einer Strafzurückstellung in einer bestimmten Therapieeinrichtung bessere Rehabilitationschancen böte.

Reihenfolge der Vollstreckung von Strafe und Maßregel

Von verschiedener Seite ist seit Jahren immer wieder gefordert worden, einen Teil der Strafe vorweg zu vollstrecken, wenn die Unterbringung neben einer längeren Freiheitsstrafe angeordnet wird. Dies wird in den Entwürfen angemessen berücksichtigt. Beide Entwürfe gehen davon aus, dass bei einem Strafmaß ab drei Jahren Überlegungen zum Vorwegvollzug eines Teils der Strafe notwendig sein können. Der Vorwegvollzug wird als eine Soll-Regelung for

muliert, was angemessen ist, weil im Einzelfall das sofortige Einsetzen der Behandlung sinnvoll sein kann (zum Beispiel bei langer Untersuchungshaft vor der rechtskräftigen Verurteilung oder weil beim Beschuldigten eine akut hohe Therapiebedürftigkeit besteht).

„Erledigung“ der Unterbringung mangels Erfolgsaussichten

Die bis 1994 geltende Regelung, dass eine Beendigung gemäß § 67d(5) StGB erst nach einer Mindestbehandlungszeit von einem Jahr erfolgen konnte, hatte das BVerfG im Beschluss vom 16.03.94 aufgehoben. Dies wird in den Entwürfen entsprechend umgesetzt (z.B. Entwurf des Justizministeriums: § 67d(5) *„Das Gericht bestimmt, dass die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nicht weiter zu vollziehen ist, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen“* – also keine hinreichend konkrete Aussicht eines Behandlungserfolges mehr besteht).

Flexibilisierung der Voraussetzungen einer Entlassung zur Bewährung

Wie in diesem Bericht dargestellt und problematisiert, wurden die Voraussetzungen einer Entlassung aus der Unterbringung mit dem „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ vom 26.01.1998 verschärft, was zu problematischen Entwicklungen im Bereich des § 64-Maßregelvollzugs möglicherweise beigetragen hat. Die Bestimmung schafft bei zu enger Auslegung eine unangemessen hohe Hürde für einen Behandlungserfolg und fördert eine inadäquate Verschiebung von Risiken, weil viele Patienten in prognostisch unsicheren Fällen „beendet“ und für mehr oder weniger kurze Reststrafzeiten in den Strafvollzug abgeschoben werden.

Die Rückkehr zu einer „Erprobensklausel“ wäre daher – jedenfalls für die Entziehungsanstalt – wünschenswert und sachdienlich. Leider zielen alle gesetzgeberischen Maßnahmen derzeit eher darauf ab, scheinbare Sicherheitslücken zu schließen und Regelungen zu verschärfen.

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht stellt einen Ausschnitt der bisherigen Ergebnisse einer Untersuchung zum § 64-Maßregelvollzug bei Alkoholtätern dar. In Maßregeleinrichtungen in NRW, Hessen und Niedersachsen wurden 150 männliche Patienten im Laufe ihrer Unterbringung – im Mittel mehr als ein Jahr vor der Entlassung – eingehend psychologisch untersucht. Sie wurden zur Vorgeschichte exploriert und bearbeiteten Fragebögen. Zusätzlich lieferten die jeweiligen Bezugstherapeutinnen und –therapeuten einige Informationen und Einschätzungen, und es wurden Informationen aus Aktenunterlagen gewonnen. Mit Zustimmung der Patienten berichteten ihre therapeutischen Bezugspersonen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Maßnahme über den Behandlungsverlauf und die Rechtsgrundlage der Entlassung und lieferten einige zusätzliche Einschätzungen.

Zum Zeitpunkt der Datenauswertung für diesen Zwischenbericht dauerte die Behandlung der Patienten in Maßregeleinrichtungen in 23 Fällen noch an. Ein Patient war verstorben und einer abgeschoben worden, so dass eine Prüfung auf Prädiktoren des Behandlungsverlaufs für die 125 Patienten vorgenommen wurde, deren Unterbringung zu einem (vorläufigen) Abschluss gekommen war. Diese Patienten wurden in zwei Gruppen zusammengefasst: zu der Gruppe „Bewährung“ mit 53 Fällen wurden Patienten gerechnet, deren weitere Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt worden war (38), aber auch solche Patienten, die nach Erreichen der Höchstfrist der Maßnahme in die Freiheit entlassen worden waren (15). In der Gruppe „Beendigung“ (n = 72) wurden die Fälle zusammengefasst, bei denen die Maßnahme gemäß § 67d(5) StGB wegen fehlender hinreichend konkreter Aussichten eines Behandlungserfolgs abgebrochen worden war (66), bei denen nachträglich der Vorwegvollzug eines Teils der Haftstrafe angeordnet worden war (4) oder die nach Erreichen der Höchstfrist in den Strafvollzug entlassen worden waren (2).

Vergleicht man unsere Stichprobe mit Daten der bundesweiten Stichtagserhebung zum § 64-Maßregelvollzug (von der Haar 2003), so sind die untersuchten Patienten im Durchschnitt etwas älter als bundesweit beobachtet. Hinsichtlich Hafterfahrung, Anzahl von Strafregisterinträgen und mittlere Höhe der parallel angeordneten Freiheitsstrafe finden sich keine gravierenden Unterschiede. Anlass der Unterbringung ist in unserer Gruppe relativ häufig ein gewalttätiges Eigentumsdelikt (32,7 % Raub), etwas seltener als in der bundesweiten Erhebung ein Sexualdelikt (8 vs. 13 %).

Für die 125 nicht mehr untergebrachten Patienten berechnete sich eine mittlere Unterbringungszeit von gut zwei Jahren. Die zur Bewährung Entlassenen waren im Durchschnitt noch länger untergebracht (29,5 Monate), doch war bei ihnen in der Regel vor der Entlassung eine Dauerbeurlaubung von über einem halben Jahr erfolgt.

Die beiden „Outcome-Gruppen“ unterschieden sich erwartungsgemäß hinsichtlich vieler im Rahmen der Untersuchung erfasster Merkmale. Für eine Reihe von Variablen wurden entsprechende Annahmen jedoch nicht bestätigt. Es fällt auf, dass die Selbsteinschätzungen der Patienten auf Fragebogenskalen kaum zwischen den Gruppen differenzieren. Das gilt zum Beispiel für alle selbst beschriebenen Aspekte der Ärgerverarbeitung und des Aggressionsverhaltens (STAXI), für allgemeine Persönlichkeitsdimensionen (HPI) und für recht spezifische Merkmale wie Impulsivität und Risikoneigung. Angaben der Patienten über erhöhte Hyperaktivität und Impulsivität in Kindheit und Jugend (ADHD-Fragebogen nach Miller & Blum 1996) gehen allerdings mit einem ungünstigeren Behandlungsverlauf einher, ebenso Hinweise der Patienten auf Erfahrungen von körperlicher Gewalt sowie emotionaler und körperlicher Vernachlässigung im familiären Milieu (CTQ, Bernstein et al. 1994).

Aspekte des Suchtverhaltens, sowohl in der Exploration erfragt als auch mittels des „Hamburger Alkoholismuskatalog“ (Schwoon & Schröter 1996) erhoben, differenzieren wiederum wenig zwischen den Gruppen. Erwartungsgemäß berichten Patienten mit problematischem Behandlungsverlauf häufiger vom Abbruch einer therapeutischen Maßnahme in der Vorgeschichte, und sie geben häufiger einen zusätzlich Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln an.

Prognostisch gewichtig ist das Arbeitsverhalten der Patienten in der Vorgeschichte. Sind sie nicht durchgängig und langfristig arbeitslos gewesen und haben sie sich in Zeiten von Arbeitslosigkeit um eine Stelle bemüht, so verbessern sich die Aussichten einer Entlassung zur Bewährung erheblich.

Einen deutlichen Bezug zum Outcome haben auch anamnestische Merkmale, die auf chronifizierte und früh einsetzende Straffälligkeit hinweisen. Besonders auffällig ist, dass später zur Bewährung entlassene Patienten selten vor dem Delikt und dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte, schon Straftat verübt haben. Die im Unterbringungsurteil selbst ausgesprochene Strafe zeigt dagegen keine Zusammenhänge mit dem Therapieverlauf.

Während die Selbstbeschreibung der Patienten hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsmerkmale wenig prognostischen Wert besitzt, finden sich für Fremdbeurteilungen deutliche Zusammenhänge. Auffällig sind die erhöhten Werte der „beendeten“ Patienten auf einer kurzen Beurteilungsskala zu Ärger und Reizbarkeit (Anger Rating Index, Novaco 1994). Mit hohen Werten auf dieser Skala werden Patienten als reizbar, ungeduldig und „anstrengend“ beschrieben. Die Skala erfasst vielleicht recht gut eine „aggressive Anspruchshaltung“, von der im Schrifttum über süchtige Straftäter gelegentlich die Rede gewesen ist (Rauchfleisch 1991).

Bei den wenig erfolgreich behandelten Patienten werden häufiger Merkmale einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung (DSM-IV, Untersucherinnen) bzw. einer Dissozialen Störung (ICD-10, Therapeuteneinschätzungen) wahrgenommen. Ihnen werden auch eher Auffällig

keiten im Sinne des „Psychopathy“-Konstruktes zugeschrieben, allerdings deutlicher von den Therapeuten als von den Untersucherinnen. Die Skalen-Scores (PCL:SV) bleiben dabei überwiegend recht niedrig und liegen unter den Werten, die für nordamerikanische Straftätergruppen berichtet werden.

Mit dem Verfahren der multiplen Regressionsanalyse wurden aus den Merkmalen, die signifikante Zusammenhänge mit dem formalen Abschluss der Behandlung aufwiesen, diejenigen ausgewählt, die die stärksten statistischen Beiträge zur Vorhersage des Outcomes leisten. Diese Auswahl erfolgte zunächst getrennt für drei Merkmalsblöcke. Dabei fanden sich insgesamt neun Aspekte, die als signifikante Prädiktoren bestätigt wurden. Es handelt sich um folgende Merkmale:

- (1) Keine Haftverbüßung vor dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte.
- (2) Eine gewisse Stabilität in Arbeitsverhältnissen.
- (3) Keine abgeurteilte Gewalttat vor dem 20. Lebensjahr.
- (4) Keine durchgängige Arbeitslosigkeit im letzten Jahr in Freiheit.
- (5) Keine Hinweise auf ausgeprägte Hyperaktivität / Impulsivität in Kindheit und Jugend.
- (6) Kein Heimaufenthalt in Kindheit/Jugend.
- (7) Aktuell nicht auffällig reizbar, impulsiv, „anstrengend“.
- (8) Relativ späte strafrechtlich aktenkundige Delinquenz.
- (9) Keine häufigere Einnahme psychotroper Medikamente neben dem Alkoholmissbrauch.

Zur Berechnung einer Summenvariablen aus diesen Merkmalen wurden alle eingehenden Variablen dichotomisiert (z.B. „Erste abgeurteilte Gewalttat nicht vor dem 20. Lebensjahr“, statt „Alter bei erster abgeurteilter Gewalttat“). Die Summenvariable – Arbeitsbezeichnung E-P 9 – zeigte einen sehr deutlichen Zusammenhang zur Wahrscheinlichkeit, eine Entlassung zur Bewährung zu erreichen. Nur Patienten, die für die in E-P 9 eingehenden Merkmale ein ausgesprochen günstiges Risikoprofil aufweisen, haben gute Aussichten, zur Bewährung entlassen zu werden.

Ausgehend von den in E-P 9 eingehenden Merkmalen wurden noch einmal multivariat die stärksten Prädiktoren des Behandlungsverlaufs bestimmt. Dabei setzten sich die folgenden vier Merkmale statistisch durch:

- (1) Keine Haftverbüßung vor dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte.
- (2) Keine durchgängige Arbeitslosigkeit im letzten Jahr in Freiheit.
- (3) Keine abgeurteilte Gewalttat vor dem 20. Lebensjahr.
- (4) Aktuell nicht auffällig reizbar, impulsiv, „anstrengend“.

Zwischen einem Summenscore aus diesen Merkmalen (E-P 4) und der Wahrscheinlichkeit einer Entlassung zur Bewährung besteht ein ausgesprochen deutlicher Zusammenhang.

Der Nutzen der beiden Merkmalslisten wird in dem Bericht kritisch erörtert. Es wird davor gewarnt, sie vorschnell zur Selektion prognostisch ungünstiger Patienten einzusetzen. Erstens müsste die Validität dieser Instrumente prinzipiell in einer unabhängigen Untersuchung geprüft werden. Berücksichtigt man nämlich in einer Studie eine sehr große Zahl von Merkmalen, so gibt es immer einige, für die sich signifikante Unterschiede bzw. Zusammenhänge aufzeigen lassen. Kombiniert man diese Merkmale dann in einer Skala, so hat diese zumindest innerhalb der gleichen Stichprobe ein gutes Differenzierungsvermögen. Die Validität der Skalen müsste in einer neuen Stichprobe überprüft werden.

Zweitens sagt man mit den Merkmalslisten natürlich nur den Unterbringungsverlauf unter den gegenwärtigen Bedingungen des Maßregelvollzugs voraus. Wir setzen uns im Zwischenbericht daher auch kritisch mit diesen Bedingungen auseinander, die durch eine immer einseitigere Sicherungsorientierung geprägt sind. Diese hat zu einem - einerseits durchaus erfreulichen - Rückgang problematischer Vorkommnisse geführt. Die Klinikmitarbeiter erleben dies jedoch weniger als entlastend und motivierend, sondern beklagen vielmehr eine lähmende Einschränkung therapeutischer Spielräume.

Zum Dritten muss man sich bei der Anwendung jedes Prognoseinstrumentes mit den Tücken - notwendigerweise unsicherer - prognostischer Beurteilungen auseinandersetzen. Durch Wahl des Schwellenwertes für eine günstige oder negative Beurteilung bestimmt man auch, welchen Prognosefehler man eher in Kauf nimmt. Während man früher doch auch bei vielen sehr problematischen Patienten nach pragmatischen Lösungen suchte, werden inzwischen offensichtlich strenge Maßstäbe angelegt. Hierzu haben sicherlich der allgemeine Druck, unter dem der Maßregelvollzug steht, die Kapazitätsprobleme in den Abteilungen sowie vielleicht auch die Verschärfung der gesetzlichen Voraussetzung einer Entlassung („Erwartensformel“ in § 67d(2) StGB) beigetragen.

Dem therapeutischen Gesamtertrag der Unterbringung in der Entziehungsanstalt ist dies nicht zuträglich. Bei einer zu großen Zahl von Patienten nimmt man in Kauf, sie durch eine „Beendigung wegen Aussichtslosigkeit“ möglicherweise zu demotivieren und in einer antisozialen Haltung zu bestätigen. Man verletzt mit dieser Praxis das „Risikoprinzip“, dem zufolge Intensivbehandlungsprogramme eigentlich Personen mit besonders hohem Rückfallrisiko zugute kommen sollten. Gute Chancen auf eine Entlassung zur Bewährung haben derzeit nur Patienten, die wenige der Risikofaktoren aufweisen, die für süchtige Straftäter eigentlich typisch sind.

Eine hohe Quote von Beendigungen wegen Aussichtslosigkeit gibt es auch in den Einrichtungen, die drogenabhängige Straftäter betreuen, was eigentlich nicht Gegenstand dieser Untersuchung war. Wir setzen uns dennoch mit den Behandlungsperspektiven für solche Patienten auseinander und plädieren dafür, auf medikations- und substitutionsgestützte Strategien der Rehabilitation nicht gänzlich zu verzichten.

Die Unterbringung in der Entziehungsanstalt leidet unter der Gesamtsituation des Maßregelvollzugs, der unter großem Druck steht. Die Überfüllung der Kliniken, das Anwachsen der einzelnen Standorte und die Anbindung an psychiatrische Krankenhäuser gemäß § 63 StGB wirken sich auch auf die Suchtabteilungen ungünstig aus. Eine überschaubare Einrichtung für süchtige Straftäter könnte dem Umfeld wohl durchaus vermitteln, dass gewisse Probleme und Unbeständigkeiten der Behandlungsverläufe für süchtige Straftäter (die ohnehin nach absehbarer Zeit wieder in die Freiheit kommen) „normal“ sind und keine akuten Gefahren mit sich bringen. Für forensische Großzentren ist das sehr schwierig.

Die ausgeprägte Sicherungsorientierung trägt unseres Erachtens zu langen Behandlungszeiten bei, insbesondere auch in Fällen, in denen zu einem späten Zeitpunkt auf „Aussichtslosigkeit“ erkannt wird. Da uns gerade diese Fälle hinsichtlich der Wirkungen der Maßnahme sehr problematisch erscheinen, plädieren wir dafür, wieder zu einem früheren Zeitpunkt der Behandlung kalkulierbare Risiken einzugehen, was natürlich zu einem gewissen Anstieg in der Statistik der Vorkommnisse führen wird. Es kann aber auch helfen, früher zu nachvollziehbaren Entscheidungen hinsichtlich Beendigung oder Rehabilitation zu kommen. Generell sollte das Bemühen darin bestehen, im Einzelfall nach pragmatischen Lösungen zu suchen und Anträge auf „Beendigungen wegen Aussichtslosigkeit“ auf den harten Kern schwieriger Patienten zu beschränken.

Wir gehen abschließend kurz auf die Initiativen des Gesetzgebers zur Novellierung einiger Bestimmungen des Maßregelrechts ein. Wir regen an, einem Vorschlag des Bundesrats zu entsprechen und die Unterbringung gemäß § 64 StGB als Soll-Regelung zu fassen. Dies verschaffte dem Tatrichter einen Ermessensspielraum und könnte dazu führen, dass Unterbringungen unter besonders ungünstigen Voraussetzungen seltener angeordnet würden. Derzeit wird, infolge der Spruchpraxis des BGH, ein Urteil gegen einen Täter mit Suchtproblemen durch Anordnung der Unterbringung revisionssicher. Überlegungen, bei Unterbringungen neben längeren Freiheitsstrafen den Vorwegvollzug eines Teils der Strafe zur Regel zu machen, wurden oft gefordert und sind unstrittig.

Die Verschärfung der Voraussetzungen einer Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung im Strafrechtsänderungsgesetz vom 26.01.1998 hat sich vermutlich auch auf den § 64-Maßregelvollzug ungünstig ausgewirkt. Eine erneute Flexibilisierung erschiene uns wünschenswert, steht jedoch aktuell leider nicht zur Debatte.

Literatur

- Alberti G (1990) Arbeit mit alkoholgefährdeten und abhängigen Straftätern. In: DHS (Hrsg.) Suchtkranke am Rande. Freiburg: Lambertus, 85-99.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. Deutsch 1996. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Andresen, B (2000) Six Basic Dimensions of Personality and a Seventh Factor of Generalized Dysfunctional Personality: A Diathesis System Covering all Personality Disorders. *Neuropsychobiology*, 41(5), 5-23.
- Andresen, B. (2001). Hamburger Persönlichkeits-Inventar (HPI). Das NEOCAR-Basisfaktor-System. Göttingen: Hogrefe.
- Andrews DA & Bonta J (1994) The Psychology of Criminal Conduct. Cincinnati, Ohio: Anderson.
- Bagwell CL, Molina BSG, Pelham WE, Hoza B (2001) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Problems in Peer Relations: Predictions From Childhood to Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 40(11), 1285-1292,
- Barratt, ES (1994) Impulsiveness and Aggression. In: Monahan, J. & Steadman, H.J. (eds.) Violence and Mental Disorder. Chicago, London: University of Chicago Press, 61-79.
- Baumgarten HG, Grozdanovic Z (1998) Role of Serotonin in Obsessive-Compulsive Disorder. *Brit J Psychiatry*, 35 (suppl.), 13-20.
- Bernstein DP (2000) Childhood Trauma and Drug Addiction: Assessment, Diagnosis, and Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3), 19-30.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman MD, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E & Ruggiero J (1994) Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. *Am J Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein DP, Stein JA, Handelsman L (1998) Predicting Personality Pathology among Adult Patients with Substance Use Disorders – Effects of Childhood Maltreatment. *Addict. Behav.*, 23, 855-868.
- Bortz J (1993) Statistik für Sozialwissenschaftler. 5. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Bradford HA, Hurley FL, Golondzoeske O, Dorrier C (1975) Interim Report on Clinic Intake and Safety Data Collected from 17 NIDA Funded Naltrexone Centres. In: Julius D, Renault P (Hrsg.) Narcotic Antagonists: Naltrexone. Rockville: NIDA Research Monogram, 9, 163-171.
- Bronisch T, Hiller W, Mombour W & Zaudig M (1995) Internationale Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P). Göttingen, Bern: Testzentrale.
- Bulheller S, Häcker H (1998) Eysenck Personality Profiler (EPP-D). Frankfurt am Main: Swets Test Services.
- Bushman BJ, Cooper HM (1990) Effects of Alcohol on Human Aggression: An Integrative Research Review. *Psychological Bulletin*, 107, 341-354.
- Campbell J, Belfrage H, Douglas K, Strand S (2004) Multidimensional Scaling of the PCL:SV in Swedish and North American Samples. Paper presented at the IAFMHS-Conference, Stockholm.
- Carter BL, Tiffany ST (1999) Meta-Analysis of Cue-reactivity in Addiction Research. *Addiction*, 94(3), 327-340.
- Cleckley H (1941) The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify some Issues about the so called Psychopathic Personality. St. Louis: Mosby.

- Cloninger CR., Bohman, M, Sigvardsson S (1981) Inheritance of Alcohol Abuse. Arch Gen Psychiatry, 38, 861-868.
- Dauids E, Gastpar M (2003) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Substanzmittelabhängigkeit. Psychiat Prax, 30, 182-186.
- Degner D & Poser W (2002) Psychopharmakologische Behandlungsmöglichkeiten von Suchterkrankungen im Maßregel- und Strafvollzug. In: Gaßmann R / DHGS (Hrsg.) Suchtprobleme hinter Mauern. Freiburg: Lambertus, 185-192.
- Derogatis LR (1992) SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Townson: Clinical Psychometric Research Inc.
- Dessecker A (1996) Suchtbehandlung als strafrechtliche Sanktion. Eine empirische Untersuchung zur Anordnung und Vollstreckung der Maßregel nach § 64 StGB. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (Schriftenreihe Kriminologie und Praxis Bd. 16).
- Dilling H, Mombour W, Schmidt H (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Hans Huber.
- Douglas K, Poythress N (2004) PCL-R Psychopathy: Three Factors or Four? Paper presented at the 4th Annual IAFMHS Conference, Stockholm
- Drapeau M, Körner CA, Brunet L, Granger L, Caspar F, Despland JN, de Roten Y (2003) A Psychodynamic Look at Pedophile Sex Offenders in Treatment. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 5, 31-42.
- Duggan C, Milton J, Egan V, McCarthy L, Palmer B, Lee A (2003) Theories of General Personality and Mental Disorder. Brit J Psychiatry, 182 (suppl.. 44), s19-s23.
- Edens JF, Deforges DM, Fernandez K, Palac CA (2004) Effects of Psychopathy and Violence Risk Testimony on Mock Juror Perceptions of Dangerousness in a Capital Murder Trial. Psychology, Crime & Law, 10(4), 393-412.
- Egg R (1990) Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit im längerfristigen Vergleich. MschrKrim, Heft 6, 358-368.
- Eysenck HJ (1964) Crime and Personality. London.
- Eysenck HJ, Wilson GD (1991) The Eysenck Personality Profiler. London: Corporate Assessment Network Ltd.
- Farren CK (1997) The Use of Naltrexone, an Opiate Antagonist, in the Treatment of Opiate Addiction. Ir J Psych Med, 14(1), 31-34.
- Felitti VJ (2003) Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 52: 547-559.
- Felthous AR, Barratt E (1998) Impulsive und episodische Aggressivität. Biologische und psychosoziale Forschung in den USA. In: Kröber HL, Dahle KP (Hrsg.) Sexualstraftaten und Gewalt-delinquenz. Verlauf - Behandlung - Opferschutz. Heidelberg: Kriminalistik Verlag, 95-117.
- Fiedler P (1995) Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl., Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Franke GH (2000) Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R), Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.
- Furtado EF, Laucht M, Schmidt MH (2002) Psychische Auffälligkeiten von Kindern alkoholkranker Väter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 30(4), 241-250.
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997) SKID-II. Strukturiertes Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.

- Glueck S, Glueck E (1968) *Unraveling Juvenile Delinquency*. 5. Aufl., Cambridge/Mass. (1. Aufl. 1950).
- Grubin D (1997) Predictors of Risk in Serious Sex Offenders. *British Journal of Psychiatry*, 170 (suppl. 32), 17-21.
- Hanson RK & Harris AJR (2000) Where should we intervene? Dynamic Predictors of Sexual Offense Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 6-35.
- Hare RD (1980) A Research Scale for the Assessment of Psychopathy in Criminal Populations. *Person. & Ind. Diff.*, Vol. 1, 111-119.
- Hare RD, Hart SD, Harpur TJ (1991) Psychopathy and the DSM-IV Criteria for Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 391 - 398.
- Hart SD, Cox DN, Hare RD (1995) *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Ontario: Multi-Health Systems.
- Havemann-Reinecke U, Küfner H, Schneider U, Günthner A, Schalast N, Vollmer HC (2004) AWMF-Leitlinien Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiode. *SUCHT*, im Druck.
- Herpertz SC (2001) *Impulsivität und Persönlichkeit*. Kohlhammer-Verlag.
- Herpertz SC, Kunert HJ, Schürkens A, Steinmeyer EM, Saß H, Freese R, Flesch M, Müller-Isberner & Osterheider M (2000) Impulskontrolle und Affektregulation bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychiat Psychother mediz Psychol (PPmP)*, 50, 435-442.
- Higley JD (2001) Differences in Alcohol-induced Aggression. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 12-19.
- Hill J (2003) Early Identification of Individuals at Risk for Antisocial Personality Disorder. *Brit. J. Psychiat.*, 182 (suppl. 44), s11-s14.
- Hollin CR (1999) Treatment Programs for Offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(3-4), 361-372.
- Hollweg T (2004) Reform des Maßregelvollzugs – Zur Situation in den Entziehungsanstalten in NRW. Düsseldorf: Der Landesbeauftragte für den MRV (unveröffentlichter Bericht).
- Hotaling GT, Straus MA, Lincoln AJ (1989) Intrafamily Violence, and Crime and Violence outside the Family. In: Ohlin L & Tohry M (Hrsg) *Family Violence*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 315-375.
- Huether G (1999) Acute Regulation and long-term modulation of presynaptic serotonin output. *Adv Exp Med Biol*, 467, 1-10.
- Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR (2001) Substance Use Disorders in Patients with Posttraumatic Stress Disorder - A Review of the Literature. *Am J Psychiatry*, 158, 1184-1190.
- Kiefer F (2004) Einsatz von Opioidantagonisten in der abstinenorientierten Behandlung der Opiatabhängigkeit. *Suchttherapie*, 5, 90-93.
- Kirchmayer U, Davoli M, Verster A (2001) Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane-Database-Syst-Rev.*, CD001333, 1469-493X
- Klausen G, Götz J (2004) Substitutionsbehandlung heroinsabhängiger Patienten. Empfehlungen für die tägliche Praxis. *Der Neurologe & Psychiater*, Heft 9, 32-38.
- Knight DK, Broome KM, Cross D, Simpson DD (1998) Antisocial Tendency Among Drug-Addicted Adults: Potential Long-Term Effects of Parental Absence, Support, and Conflict During Childhood. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 24 (3), 361-375.
- Köhler L (1978) Über einige Aspekte der Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen im Lichte der historischen Entwicklung psychoanalytischer Theoriebildung. *Psyche*, 11, 1001-1058.

- König JM (2003) Drogen und Delinquenz – Über den Zusammenhang von Drogenabhängigkeit und Kriminalität. *Bewährungshilfe – Soziales • Strafrecht • Kriminalpolitik*, 50(2), 182-191.
- Krause J (2004) ADHS im Erwachsenenalter – Methylphenidat als Mittel der Wahl. *INFO Neurologie & Psychiatrie*, 6(S1), 34-35.
- Küfner H, Bühringer G, Schumann J, Duwe A (1999) Die Rolle der Devianz und Delinquenz bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Drogenmissbrauchs. In: Egg R (Hrsg.) *Drogenmissbrauch und Delinquenz*. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle, 9-36.
- Küfner H, Duwe A, Schumann J, Bühringer G (2000) Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *SUCHT*, 46(1), 32-53.
- Lösel F, Bliesener Th (2003) Aggression und Delinquenz unter Jugendlichen. *Polizei und Forschung*, Bd. 20, München, Neuwied: Bundeskriminalamt.
- Lösel F, Schmucker M (2004) Sex Offender Treatment – A Systematic Review of Outcome Evaluations. Vortrag beim 13. Kongress der Psychologinnen und Psychologen im Justizvollzug, Utrecht – Niederlande.
- Luntz BK, Spatz Widom C (1994) Antisocial Personality Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *Am J Psychiatry*, 151: 670-674.
- Maslach C, Jackson SE (1981) The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, Vol. 2, 99-113.
- McFarlane A C (1998) Epidemiological Evidence about the relationship between PTSD and Alcohol abuse: The Nature of the Association. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 813-825.
- Metrikat I (2002) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB – Eine Maßregel im Wandel? Frankfurt am Main: Peter Lang – Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Miller DK, Blum K (1996) *Overload: Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the Addictive Brain*. Kansas City: Andrews & McMeel.
- Moeller FG, Dougherty DM (2001) Antisocial Personality Disorder, and Aggression. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 5-11.
- Müller-Isberner R, Jöckel D, Cabeza SG (2000) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie Haina e.V. (Eigenverlag).
- Nedopil N (1998) Folgen der Änderung des § 67 d II StGB für den Maßregelvollzug und die Begutachtung. *MschrKrim*, 81(1), 44-47.
- Nedopil N (2002) Prognostizierte Auswirkungen der Gesetzesänderungen vom 26.01.1998 auf die Forensische Psychiatrie und was daraus geworden ist. *MschrKrim*, 85(3), 208-215.
- Nemeroff CB (1998) Psychopharmacology of Affective Disorders in the 21st Century. *Biol Psychiat*, 44(7), 517-525.
- Novaco RW (1994) Anger as a Risk Factor for Violence among the Mentally Disordered. In: Monahan & Steadman (Hg.) *Violence and Mental Disorder*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 21-59.
- Petry J (1996) Suchtentwicklung und Motivationsdynamik. *Psychotherapeut*, 41, 225-235.
- Pfeiffer C, Wetzels P, Enzmann D (1999) Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. Forschungsbericht des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen. (Im Internet abrufbar)
- Pfeiffer WK (1989) *Therapiemotivation bei Alkoholabhängigen. Vorhersage und Modifikation*. Frankfurt a.M.: Verlag Peter Lang.
- Raschke P, Schliehe F (1985) *Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten*. Düsseldorf:

- Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Rauchfleisch U (1981) Dissozial. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Rauchfleisch U (1991) Psychodynamik und Psychotherapie von Alkoholabhängigen mit dissozialen Tendenzen. Sucht, 37, 289-299.
- Rautenberg M (1997) Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellem Verhalten und Drogenmissbrauch. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 103. Baden Baden: Nomos.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al (1990) Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. Journal of the American Medical Association, 264, 2511-2518.
- Reuter B & Küfner H (2002) Ergebnisse der Methadonsubstitution in Deutschland - eine qualitative und quantitative Zusammenfassung. Suchtmedizin, 4, 31-45.
- Rohde P, Lewinsohn PM, Kahler CW, Seeley JR, Brown RA (2001) Natural Course of Alcohol Use Disorders From Adolescence to Young Adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40(1), 83-90.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe, 1996.
- Schalast N (1994) Unterbringung in der Entziehungsanstalt. Probleme der Behandlung alkoholabhängiger Straftäter. Recht & Psychiatrie, 12(1), 2-10.
- Schalast N (2000) Motivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Schalast N (2002) Behandlungsperspektiven im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. In: Gaßmann R (Hrsg.) Suchtprobleme hinter Mauern. Freiburg: Lambertus, 83-100.
- Schalast N (2003) Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten. Forschungsbericht aus dem Institut für Forensische Psychiatrie Essen (Universität Duisburg-Essen).
- Schalast N, Dessecker A, von der Haar M (in Vorb.) Unterbringung in der Entziehungsanstalt: Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf. Recht & Psychiatrie.
- Schalast N, Leygraf N (1999) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt - Auswirkungen des Beschlusses des BVerfG, NStZ 1994,578. Neue Zeitschrift für Strafrecht, 19(10), 485-490.
- Schalast N, Leygraf N (2002) Unterbringung und Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. In: Schneider & Frister (Hrsg.) Alkohol und Schuldfähigkeit. Berlin etc.: Springer, 181-201.
- Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD (1992) Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar STAXI. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schwoon DR, Schröter M (1996) Differentialdiagnostik der Alkoholabhängigkeit – Der Hamburger-Alkoholismus-Katalog (HAK). Diagnostica, 42(1) 67-93.
- Sherman LW, Gottfredson D, MacKenzie D, Eck J, Reuter P, Bushway Sh (1997) Preventing Crime: What works, what doesn't, what's promising? A report to the United States Government. Im Internet abrufbar.
- Semmet I & Schauenburg H (1999) Stations-Erfahrungsbogen – Ein Fragebogen des Verlaufs stationärer Psychotherapie. Göttingen: Testzentrale.
- Sobanski E, Alm B (2004) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. Nervenarzt, 75, 697-716.

- Steffen W (2004) Junge Intensivtäter – Kriminologische Befunde. *BewHi*, 62-72.
- Tapert SF, Baratta MV, Abrantes AM, Brown SA (2002) Attention Dysfunction Predicts Substance Involvement in Community Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(6), 680-686.
- Uhl A (2002) Heroingestützte Behandlung von Drogenabhängigkeit: Welchen Stellenwert haben die aktuellen Studien? *SUCHT*, 48(4), 312-14.
- Urbanioek F (2004) Validität von Risikokalkulationen bei Straftätern – Kritik an einer methodischen Grundannahme und zukünftige Perspektiven. *Fortschr Neurol Psychiat*, 72, 260-269.
- Virkkunen M, Goldman D, Linnoila (1995) Serotonin in Alcoholic Violent Offenders. In: *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour* (Ciba Foundation Symposium 194). Chichester: Wiley, 168-182.
- Volckart B (1998) Die Aussetzungsprognose nach neuem Recht. *Recht & Psychiatrie*, 16(1), 3-11.
- Volckart B (1999) Maßregelvollzug. 5. Aufl., Neuwied: Luchterhand.
- von der Haar M (1995) Zum Zusammenspiel von Justiz und Einrichtungen während der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB. In: Dessecker & Egg (Hrsg.) *Die strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt*. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e.V., 145-157.
- von der Haar M (1995) Zum Urteil des BVerfG über die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. gemäß § 64 StGB ... aus klinischer Sicht. *NStZ*, 315-318.
- von der Haar M (2002) Therapie im Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen. In: Gaßmann R (Hrsg.) *Suchtprobleme hinter Mauern*. Freiburg: Lambertus, 145-165.
- von der Haar M (2003) Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Eigenverlag: Nieders. LKH Wunstorf, Fachabteilung Bad Rehburg.
- Webster C, Douglas K, Eaves D, Hart S (1997) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 (deutsche Version von Müller-Isberner, Jöckel, Gonzalez-Cabeza 1998). Haina: Institut für Forensische Psychiatrie.

Anhang

Erweiterter Hostility-Fragebogen nach Knight et al. (1998).

Von den 11 Items der von uns eingesetzten Fassung des Fragebogens waren 10 statistisch deutlich zwei Faktoren zuzuordnen, die überschrieben werden könnten mit „Wutaffekte“ und „Alkoholspezifische Aggression“. Faktor 1 erklärt 36,4 Prozent, Faktor 2 24,6 Prozent der Varianz. Zugeordnete Antwortskala: *nie / selten / manchmal / eher oft / sehr oft*.

Faktor I: „Wutaffekte“

- (1) Ich habe aufbrausend reagiert, so dass ich in körperliche Auseinandersetzungen geraten bin.
- (2) Einige Menschen habe ich gehasst
- (4) Ich habe einen Drang erlebt, mit anderen zu kämpfen und sie zu verletzen
- (5) Ich habe es gemocht, wenn andere Angst vor mir hatten
- (6) Ich habe schon Situationen erlebt, in denen ich vor Wut gezittert habe
- (8) Wenn ich sehr wütend war, war es besser, mich nicht anzufassen
- (9) Ich habe nach Gelegenheiten gesucht, für erlittenes Unrecht Rache zu nehmen.

[Innere Homogenität: Cronbach- α = .87]

Faktor II: „alkoholspezifische Aggression“

- (3) Manchmal konnte ich meinen Ärger besser ertragen, wenn ich etwas Alkohol getrunken hatte
- (7) Vor allem wenn ich Schnaps getrunken hatte, war ich leicht reizbar
- (10) Manchmal habe ich aus Wut oder Enttäuschung besonders viel getrunken

[Innere Homogenität: Cronbach- α = .79]

Rotierte Matrix der Faktorladungen

Item-Nummer	Faktor I	Faktor II
1	,784	
2	,696	
3		,885
4	,763	
5	,772	
6	,661	
7	,422	,617
8	,601	,467
9	,742	
10		,891

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert. Alle Ladungen über 0,4 sind angegeben.

Bestimmung von E-P 9 (und E-P 4)

Im Folgenden wird die Ermittlung des Punktwertes auf den Merkmalslisten E-P 9 und E-P 4 erläutert.

Erforderlich sind eine Beurteilung des Patienten auf dem Anger Rating Index, eine Selbsteinschätzung des Patienten auf der Skala „Hyperaktivität / Impulsivität“ des ADHD-Fragebogens nach Miller & Blum und eine Befragung zur Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln entsprechend der Skala „Einnahme anderer psychotroper Substanzen“ des Hamburger Alkoholismus-Katalogs. Die übrigen Merkmale müssen exploriert oder ggf. Aktenunterlagen entnommen werden.

Fremdbeurteilung

Anger Rating Index (Novaco 1994)

Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie die folgenden Verhaltensweisen beim Patienten wahrnehmen:

	stimmt			
	genau	eher	eher nicht	gar nicht
Der Patient reagiert leicht wütend oder ärgerlich.	☐	☐	☐	☐
... ist ungeduldig.	☐	☐	☐	☐
... ist empfindlich und mürrisch.	☐	☐	☐	☐
... braust schnell auf.	☐	☐	☐	☐
... ist schnell verärgert, wenn ihm etwas nicht passt.	☐	☐	☐	☐
... beschimpft oder beleidigt Menschen in seiner Umgebung.	☐	☐	☐	☐
... unterbricht und stört, ohne Rücksicht zu nehmen.	☐	☐	☐	☐

Auswertung :

genau = 3 Punkte
eher = 2 Punkte
eher nicht = 1 Punkt
gar nicht = 0 Punkte

Selbstbeurteilung

ADHD-Fragebogen nach Miller & Blum (1996)

Skala Hyperaktivität/ Impulsivität

Bei den folgenden Fragen geht es um Situationen als Kind oder Jugendlicher. Bitte lesen Sie die Situationen durch und geben Sie an, ob die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

	ja	nein
1. Ich hatte als Kind/Jugendlicher häufig das Gefühl, ständig in Eile zu sein	☐	☐
2. Ich hatte häufig den Drang nach Bewegung	☐	☐
3. Mir fiel es oft schwer, ruhig sitzen zu bleiben in Situationen, in denen es erwartet wurde	☐	☐
4. Es bereitete mir häufig Probleme, abzuwarten, bis ich an der Reihe war	☐	☐
5. Ich platzte öfter mit Antworten heraus, bevor die Fragen zu Ende gestellt waren	☐	☐
6. Ich unterbrach häufig die Gespräche von anderen	☐	☐
7. Ich mischte mich häufig in die Aktivitäten anderer Leute ein	☐	☐
8. Andere sagten mir, dass ich zuviel reden würde	☐	☐
9. Man sagte mir, dass ich nicht zuhören könnte	☐	☐
10. Ich war ständig in Bewegung	☐	☐
11. Ich fühlte mich oft unruhig oder ruhelos	☐	☐
12. Ich war oft zappelig, rutschte hin und her, trommelte mit den Fingern, klopfte mit den Füßen auf den Boden oder lief hin und her	☐	☐
13. Ruhige Aktivitäten mit anderen bereiteten mir Probleme	☐	☐
14. Für Unfälle schien ich vorprogrammiert zu sein	☐	☐
15. Ich beteiligte mich öfter an gefährlichen Aktivitäten, ohne die Konsequenzen in Betracht zu ziehen	☐	☐
16. Ich traf häufig impulsiv Entscheidungen, ohne die Konsequenzen in Betracht zu ziehen	☐	☐

Auswertung :

Punktsumme = Summe der Ja-Antworten

Hamburger-Alkoholismus-Katalog (Schwoon & Schröter 1996)

Skala: Einsatz anderer psychotroper Substanzen

1. Haben Sie Medikamente genommen, damit Sie besser schlafen können?	☐	☐	☐	☐
	oft	manchmal	selten	nie
2. Haben Sie Schlafmittel genommen?	☐	☐	☐	☐
	oft	manchmal	selten	nie
3. Haben Sie Beruhigungsmittel genommen, um sich zu entspannen?	☐	☐	☐	☐
	oft	manchmal	selten	nie

Auswertung :

oft = 4 Punkte
manchmal = 3 Punkte
selten = 2 Punkt
nie = 1 Punkte

In der Merkmalliste E-P 9 wird für diesen Parameter eine Eins kodiert, wenn alle drei Items verneint werden („nie“). Die übrigen Probanden erhalten eine Null.

E-P 9

Bestimmung des Summenwertes

(1)	Stand der Patient im Jahr vor der Unterbringung wenigstens kurzfristig in einem regulären Arbeitsverhältnis?	nein 0 ja 1	☐
(2)	Hatte der Patient allgemein Probleme im Arbeitsbereich?	gravierende und überdauernde Probleme 0 keine Probleme bzw. leichte Probleme 1	☐
(3)	Gab es einen Haftaufenthalt (mindestens 1 Monat) vor dem Verfahren, welches zur Unterbringung führte?	ja 0 nein 1	☐
(4)	Wurde der Patient schon vor dem 20. Lebensjahr wegen einer Gewalttat verurteilt?	ja 0 nein 1	☐
(5)	War der Patient in Kindheit und Jugend jemals in einem Heim untergebracht	ja 0 nein 1	☐
(6)	Alter des Patienten bei seiner ersten Straffälligkeit laut BZR	unter 18 Jahre 0 über 18 Jahre 1	☐
(7)	Punktzahl auf der Skala Hyperaktivität/ Impulsivität im ADHD-Fragebogen	über 7 Punkte 0 bis 7 Punkte 1	☐
(8)	Punktzahl im Anger Rating Index	über 8 Punkte 0 bis 8 Punkte 1	☐
(9)	Punktzahl auf der Skala „Einsatz anderer psychotroper Substanzen“ des Hamburger Alkoholumskataloges	über 3 Punkte 0 3 Punkte 1	☐

Der Skalenwert E-P 9 entspricht der Punktsumme für alle neun Items.

Der Skalenwert E-P 4 entspricht der Punktsumme für die fett gedruckten Items.